Universidad de Alicante
Departamento de Salud Pública

Título: Evaluación de la atención a la salud infantil del *Programa Saúde da Família* en la región sur de Porto Alegre, Brasil

Autor: Erno Harzheim
Director: Carlos Álvarez-Dardet
Co-Director: Airton Tetelbom Stein
Alicante, España, 2004.

Para Ana, “la fuente de mis pensamientos”.

Para Clara y Erno, por todo.

Para Rosa, por el cariño y sabiduría.

“Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.”
Álvaro de Campos (Fernando Pessoa).

Agradecimientos

Al Departamento de Salud Pública de la Universidad de Alicante por la oportunidad y por la enseñanza, especialmente a la Profa. Maria Teresa Ruiz por recibirme maravillosamente al llegar a España, a todos los compañeros por su afecto y por compartir su conocimiento y experiencias y a Maria Concepción Martínez por su apoyo.

A Claunara, sin ella nada hubiera pasado.

A la Profa. Barbara Starfield, por la disponibilidad del PCATool y su ayuda siempre presente en las necesidades metodológicas, además de por el ejemplo e inspiración de toda su obra.

A la Profa. Jandyra Fachel, por la contribución fundamental en el análisis estadístico.

Al Banco Santander por financiar mi curso de Doctorado en España y a la *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul* y a la *Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul* por el financiamiento de la investigación, en especial a Ricardo Cecim y a Kátlei Kus por su apoyo a la idea.

A la *Secretaría Municipal de Saúde de Porto Alegre*, a su *Coordenação do PSF* y a las *Gerências Distritais* de la región sur por el apoyo sin barreras, en especial a Armando de Negri, por creer en el potencial transformador de la investigación, y a Jane y Ronald Wolf, por la ayuda fundamental y, principalmente, por el ejemplo profesional.

Al *Departamento de Medicina Socia*l de la *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, por los años de enseñanza, por la amistad y todo el apoyo.

A la comunidad de la región sur de Porto Alegre por la recepción y cariño al contarnos sus experiencias y vidas.

A todas las unidades de atención básica de la región sur de Porto Alegre por la comprensión y por el empeño en el trabajo diario junto a la comunidad.

Al equipo y a la comunidad de la Unidad COINMA por haberme iniciado en la APS y haber sido receptiva al comienzo de este proyecto.

A todos los miembros y colaboradores del Observatorio de Políticas Públicas y Salud y a sus universidades vinculadas - Universidad de Alicante, Universidad de Antioquia (Colombia), Universidad del Atlántico (Colombia), Universidad de El Salvador (El Salvador) y *Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre* (Brasil) - por el intercambio de conocimiento y por las contribuciones a toda la investigación.

A todos los encuestadores - Angela P. Ziegler, Camila M. Bittar, Cássio Miguel B. Gerhardt, Cristine K. Kruse, Daniela T. Ribeiro, Fabiane B. Schmidt, Isadora S. Lempek, Joana S. Pargendler, Luciane Silva, Mateus Ramos, Pablo L. Sturmer, Patrícia B. Neumann, Paula S. Vasconcellos, Shana M. M. Pinto, Thais O. Pla, Tiago B. Vidal, Tiago R. Nava – por su trabajo maravilloso, su humor, alegría y dedicación.

A Lucia N. Takimi y a Roselaine Murlik, por la amistad, la paciencia, la dedicación y la responsabilidad durante todo el proyecto.

Y, finalmente, pero con mucho afecto y admiración, a Airton T. Stein y a Carlos Álvarez-Dardet, mis directores y amigos, que con su conocimiento, creatividad, apoyo constante y espíritu crítico fueron fundamentales en mi formación profesional y humana.

Índice

1. INTRODUCCIÓN 17
   1.1. Desigualdades en salud en Brasil 17
   1.2. Estrategias para reducir las desigualdades en salud 19
   1.3. APS como estrategia para mejorar la salud 20
   1.4. APS y atención básica 20
   1.5. APS como espacio preferencial para promover la salud infantil 24
   1.6. Revisión de la literatura: Relación de la APS, sus atributos y los resultados en salud 24
   1.7. El *Sistema Único de Saúde* (SUS) y la atención básica en Brasil 30
   1.8. El *Programa Saúde da Família* (PSF) 31
   1.9. Otros servicios públicos de atención básica en Brasil 35
   1.10. Revisión de la literatura: Relación entre los atributos de la APS y los resultados en salud en Brasil 35
   1.11. APS en Porto Alegre 42
   1.12. ¿Cómo evaluar la APS? 44
   1.13. Justificación 46

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 49
   2.1. Hipótesis principal 49
   2.2. Hipótesis secundarias 49
   2.3. Objetivos generales 49
   2.4. Objetivos específicos 50

3. METODOLOGÍA 51
   3.1. Localización del estudio 51
   3.2. Diseño de la investigación 53
   3.3. Muestreo y recogida de datos 53
   3.3.1. Criterios de inclusión 54
   3.3.2 Criterios de exclusión 54
   3.4. Estudio Piloto 54
   3.5. Muestreo y tamaño de la muestra 55
   3.6. Encuestas y herramientas 57
   3.6.1. Encuesta estructurada sobre las condiciones de salud, actividades preventivas y condiciones socioeconómicas 57
   3.6.2.Encuesta sobre la satisfacción de los usuarios de servicios de salud .. 57
   3.6.3. Herramienta de Valoración de la Atención Primaria en Pediatría *(PCATool – Child Primary Care Assessment Tool)* 58
   3.7. Variables 59
   3.8. Encuestadores 63
   3.9. Entrenamiento de los encuestadores 64
   3.10. Manual de instrucciones 66

3.11. Logística 66
3.12. Financiación 67
3.13. Proceso y análisis de los datos 67
3.13.1. Validación del PCATool-Brasil 68
3.13.2 Análisis estadístico de la evaluación de los servicios de salud ... 70
3.13. Aspectos éticos 72

3. RESULTADOS 74
4.1. Perfil de la muestra 74
4.2. Validación del PCATool-Brasil 77
4.3. Evaluación de la APS y de los servicios de salud 86
4.3.1. Utilización de los servicios de salud 86
4.3.2 Comparación del estado de salud, actividades preventivas, satisfacción y Valores de APS entre PSF y US 89
4.3.3. Valor y efectividad de la APS 93
4.3.4. Sugerencias de los cuidadores para mejorar la atención 100

5. DISCUSIÓN 101

6. CONCLUSIONES 124

7. IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS 127

8. MENSAJE FINAL 134

9. REFERENCIAS 135

10. APÉNDICES 146
Apéndice 1. Mapas de los distritos sanitarios y respectivas áreas de actuación de las unidades de salud de los Distritos *Sul* y *Centro-Sul* de la región Sur de Porto Alegre. 147

Apéndice 2. Mapas de los distritos sanitarios y respectivas áreas de actuación de las unidades de salud de los Distritos *Restinga* y *Extremo-Sul* de la región Sur de Porto Alegre..... 148

Apéndice 3. Herramientas utilizadas: PCATool, término de consentimiento, encuesta sobre estado de salud y satisfacción..... 149

Apéndice 4. Cartones de respuesta utilizados..... 172

Apéndice 5. Manual para los encuestadores..... 173

Apéndice 6. Ejemplo de informativo distribuido a la comunidad previamente a la recogida de los datos..... 189

Apéndice 7. Ítems excluidos a través de la evaluación conceptual del análisis factorial..... 190

Índice de cuadros

Cuadro 1. Resumen de evidencias internacionales de la APS y sus atributos sobre la salud..... 25

Cuadro 2. Resumen de evidencias brasileñas de la APS y sus atributos sobre la salud..... 36

Cuadro 3. Evidencias sobre la APS y sus atributos: estado del arte..... 41

Cuadro 4. Principales diferencias entre unidades del PSF y US en Porto Alegre, 2002..... 43

Cuadro 5. Parámetros utilizados para el cálculo de la muestra..... 56

Cuadro 6. Variables independientes sociodemográficas..... 59

Cuadro 7. Variables independientes socioeconómicas..... 60

Cuadro 8. Variables independientes sobre la familia (red social)..... 60

Cuadro 9. Variables independientes sobre la atención a la salud..... 61

Cuadro 10. Variables dependientes (respuestas)..... 62

Cuadro 11. Relación entre los determinantes del estado de salud según Starfield y las variables estudiadas, Porto Alegre, 2002..... 72

Cuadro 12. Ítems excluidos a través del proceso de adaptación de la herramienta a los aspectos sociodemográficos, culturales y de los servicios de salud en Brasil, Porto Alegre, 2002..... 78

Cuadro 13. Evaluación de los 8 factores del PCATool-Brasil, Porto Alegre, 2002..... 79

Cuadro 14. Sugerencias de estrategias para calificar la estructura y el proceso de atención en los equipos de atención básica (PSF y US) de Porto Alegre..... 128

Índice de figuras

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de salud..... 20

Figura 2. Atributos esenciales y derivados de la atención primaria de salud..... 22

Figura 3. Publicaciones científicas sobre APS en Brasil en el período 1990-2001..... 35

Figura 4. Mapa de los Distritos Sanitarios de Porto Alegre, 2002..... 53

Figura 5. Fotografía del grupo de trabajo en el momento de la merienda..... 65

Figura 6. Fotografía de parte del grupo de trabajo en acción..... 65

Índice de tablas

Tabla 1. Tabla de descripción general de la recogida de datos (encuestas) para cada Unidad Sanitaria (US) / Unidad del *Programa Saúde da Familia* (PSF), Porto Alegre, 2002..... 75

Tabla 2. Características sociodemográficas y del estado de salud de los niños y sus familias por tipo de unidad de salud del muestreo, Porto Alegre, 2002..... 77

Tabla 3. Acceso - Primer Contacto: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002. 80

Tabla 4. Continuidad – Relación Interpersonal: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002..... 81

Tabla 5. Coordinación – Integración de Cuidados: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002..... 82

Tabla 6. Integralidad – Servicios Básicos Disponibles: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002..... 82

Tabla 7. Integralidad – Servicios Complementarios Disponibles: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002..... 83

Tabla 8. Integralidad – Acciones de Promoción y Prevención Recibidos: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002..... 83

Tabla 9. Orientación Familiar: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002.. 84

Tabla 10. Orientación Comunitaria: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002..... 84

Tabla 11. Resultados de las suposiciones de la escala de Likert para los 8 dominios del PCATool-Brasil, Porto Alegre, 2002..... 85

Tabla 12. Estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión del PCATool-Brasil, Porto Alegre, 2002..... 86

Tabla 13. Distribución de los niños según servicio de salud preferente para la asistencia sanitaria de acuerdo con el servicio de salud de origen para el muestreo del estudio, Porto Alegre, 2002..... 87

Tabla 14. Características sociodemográficas de los niños y sus familias por unidad de salud preferente, Porto Alegre, 2002..... 88

Tabla 15. Características de salud y de utilización de servicios de los niños y sus familias por unidad de salud preferente, Porto Alegre, 2002..... 89

Tabla 16. Estado de salud y actividades preventivas para cada servicio público de salud, Porto Alegre, 2002..... 90

Tabla 17. Grado de asociación entre tener el peso alguna vez apuntado en el gráfico de crecimiento y tener el PSF como servicio preferente de consulta a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002..... 91

Tabla 18. Grado de asociación entre tener el peso recientemente (≤2 meses) apuntado en el gráfico de crecimiento y tener el PSF como servicio preferente de consulta a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002..... 91

Tabla 19. Proporción de cuidadores satisfechos acerca de diferentes aspectos de la última consulta para cada servicio público de salud, Porto Alegre, 2002..... 92

Tabla 20. Valores para cada atributo de APS y para el Valor Esencial y General de APS para toda la muestra (468 niños), Porto Alegre, 2002..... 92

Tabla 21. Valor de cada atributo de APS para cada servicio público de salud, Porto Alegre, 2002..... 93

Tabla 22. Características sociodemográficas, de utilización de servicios y del estado de salud de los niños clasificados con Alto y Bajo Valor General de APS, Porto Alegre, 2002..... 94

Tabla 23. Modelo explicativo multivariable del Alto Valor General de APS, Porto Alegre, 2002..... 95

Tabla 24. Estado de salud y actividades preventivas según el Valor General de APS, Porto Alegre, 2002..... 96

Tabla 25. Estado de salud y actividades preventivas según el Valor General de APS entre las familias con renta per capita inferior a US$ 1,00 por día, Porto Alegre, 2002. 97

Tabla 26. Grado de asociación entre la salud percibida por el cuidador como "Excelente" o "Muy Buena" y el Alto Valor General de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002..... 98

Tabla 27. Grado de asociación entre el uso de sulfato ferroso durante el primer año de vida y el Alto Valor General de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002..... 98

Tabla 28. Grado de asociación entre el uso de Vitaminas A + D en el primer año de vida y el Alto Valor General de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002..... 98

Tabla 29. Grado de asociación entre el alto grado de satisfacción con la última consulta y el Alto Valor General de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002..... 99

Tabla 30. Grado de asociación entre utilizar el SRO en caso de diarrea y el Alto Valor Esencial de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002..... 99

Tabla 31. Grado de asociación entre tener el peso recientemente ($\leq$2 meses) apuntado en el gráfico de crecimiento y tener Alto Valor de Continuidad a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002..... 100

Tabla 32. Grado de asociación entre tener algún apunte del peso en el gráfico de crecimiento y tener Alto Valor de Orientación Comunitaria a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002..... 100

Tabla 33. Categorías de sugerencias de los cuidadores para mejorar los servicios de salud, Porto Alegre, 2002..... 100

Abreviaturas usadas en el texto

ABIPEME – *Associação Brasileira de Propaganda e Marketing*
ACS – Agentes Comunitarios de Salud
AECI – Agencia Española de Cooperación Internacional
ANOVA – Análisis de la varianza de una vía
APS – Atención Primaria de Salud
ATS- Airton Tetelbon Stein
DE – Desviación estándar
EEUU – Estados Unidos de América
EH – Erno Harzheim
ESP-RS – *Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul*
FAPERGS- *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul*
IBGE – *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*
IPEA – *Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas*
MS – Ministerio de la Salud
NOAS – *Norma Operacional da Assistência à Saúde*
NOB - *Norma Operacional Básica*
OPPS – Observatorio de Políticas Públicas y Salud
OR – Odds ratio
PACS – Programa de Agentes Comunitarios de Salud
PCATool - *Primary Care Assesment Tool*
PNAD – *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios)
POA – Porto Alegre
PSF – *Programa Saúde da Família* (Programa Salud de la Familia)
RM – Roselaine Murlik
RS – *Rio Grande do Sul*

R$ - *Reais*

SIAB – Sistema de Información de la Atención Básica

SMS-POA - Secretaria Municipal de Salud de Porto Alegre

SRO – Suero de Rehidratación Oral

SUS – *Sistema Único de Saúde* (Sistema Único de Salud)

TMI – Tasa de Mortalidad Infantil

US – Unidad Sanitaria

US$ - dólar estadounidense

VIH – Virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen

La atención primaria de salud (APS) busca optimizar la salud y promover la equidad. Es definida, a través de sus atributos, como el primer nivel de asistencia, caracterizándose por la continuidad e integralidad de la atención, la coordinación de la asistencia, la atención centrada en la familia, la orientación comunitaria y la aptitud cultural. En la literatura, se evidencia una creciente asociación entre sus atributos y una mayor efectividad y equidad de la atención sanitaria. Así, investigaciones que respondan preguntas complementarias sobre el binomio proceso/efectividad de la APS presentan relevancia internacional.

En Brasil, desde 1994, el Ministerio de la Salud inició una estrategia de multiplicación de los servicios de atención básica llamada *Programa Saúde da Familia* (PSF). Esta estrategia, basada en los atributos de la APS, pretende complementar la red de servicios públicos ya existente, las Unidades Sanitarias (USs), aumentando el acceso al *Sistema Único de Saúde* para la población más vulnerable. En 2002, el PSF ya atendía cerca de 30% de la población, más de 50 millones de personas, y seguía creciendo. Resulta importante, así, evaluar la extensión de los atributos de APS en los servicios de atención básica brasileños y su relación con la efectividad de la atención.

Para ello fue necesario validar una herramienta de medida de la extensión de los atributos de la APS, el *Primary Care Assesment Tool* (PCATool), para su uso en los servicios de atención a la salud infantil en Brasil. Además, se ha comparado la extensión de estos atributos entre el PSF y las USs de Porto Alegre, municipio del sur de Brasil, y la relación entre estos atributos y la satisfacción de los cuidadores de los niños que consultaban en estos servicios, la salud percibida por los cuidadores y la cobertura de actividades preventivas realizadas.

Se ha realizado estudio transversal, a través de encuestas estructuradas incluyendo el PCATool, a 468 cuidadores de niños de 0-2 años de edad registrados en los equipos del PSF o de las USs de la región sur de Porto Alegre elegidos aleatoriamente. La recogida de los datos se realizó en 2002. Los encuestadores fueron estudiantes de enfermería y medicina debidamente entrenados. El proceso de validación consistió en la traducción, adaptación, d*ebriefing*, validación de contenidos y constructo, cumplimiento de las suposiciones de Likert, evaluación de la fiabilidad y confiabilidad. Se realizó análisis estadístico bivariado y multivariable, utilizándose análisis por *clusters*.

El proceso de validación del PCATool-Brasil resultó en una escala con 45 items, divididos en 8 dimensiones. Seis dimensiones representaron los atributos esenciales de la APS (Acceso, Continuidad, Coordinación y 3 dimensiones de Integralidad – Servicios Básicos, Servicios Complementarios, Acciones de Promoción y Prevención) y 2 dimensiones los atributos derivados (Orientación Comunitaria y Familiar). Los resultados de todo el proceso de validación han logrado los criterios establecidos.

En la comparación de las actividades preventivas entre PSF y US solamente el monitoreo del crecimiento presentó diferencia significativa. Los niños que consultaban en el PSF tenían cerca de 4 veces más probabilidad de tener el peso apuntado en el gráfico de crecimiento o tenerlo apuntado recientemente (OR=4,39 y OR=3,89, respectivamente). La comparación de la satisfacción entre los cuidadores de los niños de los 2 servicios mostró mayor proporción de cuidadores satisfechos con el PSF con relación al tiempo de espera por la consulta y a la cordialidad de la recepción ($p=0,03$ y $p<0,001$, respectivamente). La proporción de cuidadores satisfechos en general ha sido mayor para el PSF, pero solo con tendencia estadística (71,8% x 64,2%, $p = 0,06$). Comparándose los valores de los atributos de APS entre PSF y US, se observó una extensión significativamente mayor de Integralidad (Servicios Básicos), Orientación Comunitaria y Orientación Familiar para los niños del PSF, así como para el Valor General de APS ($p<0,05$, para todos).

Se verificó que los niños con Alto Valor General de APS tenían mayor probabilidad de tener la salud percibida por el cuidador clasificada como “excelente” o “muy buena” (OR=1,65, $p<0,05$), mayor utilización del sulfato ferroso (OR=2,16,

p<0,001) y de las vitaminas A+D (OR=1,78, p=0,01) en el primer año de vida. Los cuidadores de los niños que presentaban Alto Valor General de APS tenían, también, mayor probabilidad de tener alto grado de satisfacción con la última consulta médica (OR=5,13, p<0,001).

La realización de una versión validada del PCATool-Brasil posibilita una estrategia de evaluación y comparación de la calidad de la APS en Brasil. Además, sus valores se asocian con la efectividad del proceso de atención sobre las actividades preventivas, mejor salud y satisfacción. Así, puede constituirse en estrategia sistemática de evaluación de los equipos hacia la APS de calidad.

La realización de las actividades preventivas ha sido muy similar entre el PSF y las USs, a pesar del PSF presentar mejor vigilancia del crecimiento. Sin embargo, en ambos servicios algunas de estas acciones deberían presentar mayor cobertura. La satisfacción de los cuidadores entre el PSF y las USs era bastante semejante, con pequeña superioridad para el PSF. El PSF presenta mayor orientación hacia la APS que las USs, pero en ambos servicios hay mucho que avanzar en la búsqueda de la excelencia en APS. En resumen, la decisión de reforzar la APS a través de la implantación de equipos de PSF parece ser adecuada. Además, nuestro estudio posee implicaciones sobre la política de APS en Brasil: incorporar agentes comunitarios de salud en las USs, tornar más atrayente financieramente el trabajo en el PSF y aproximar las universidades a la red de servicios a fin de calificar el proceso de atención y estimular la educación continuada.

Los resultados sobre la efectividad de la APS indican que los niños que reciben atención primaria con mayor extensión de sus atributos poseen mayor probabilidad de recibir actividades preventivas, de tener mejor salud percibida por el cuidador y también presentar mayor satisfacción de los cuidadores acerca de las consultas. Así, por consiguiente, la APS de calidad es una estrategia efectiva en la búsqueda de mayor promoción de la salud, prevención de enfermedades, mejor estado de salud de los niños y mayor satisfacción de los cuidadores.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Desigualdades en salud en Brasil

La lucha contra las desigualdades en salud y la búsqueda de la equidad son retos fundamentales del *Sistema Único de Saúde* (SUS), el sistema nacional de salud de Brasil. Según el Banco Mundial[1], Brasil es el 3° peor país del mundo en distribución de renta y debido a la desigual distribución de sus principales determinantes – renta, escolaridad, condiciones de vivienda y saneamiento, servicios de salud, red social[2] - los indicadores de salud también presentan amplias desigualdades por regiones, etnias y clase social.

La salud de los niños, por su mayor vulnerabilidad a los riesgos y también a los factores protectores de la salud, ejemplifica claramente la situación de inequidad presente en Brasil. En 1999, la Tasa de Mortalidad Infantil en la Región Nordeste era de 52,4/1.000, mientras en la Región Sur era de 17,2/1.000 nacidos vivos[3]. Una investigación de base poblacional realizada en los años de 1990-1991 en dos ciudades del interior pobre del nordeste[4], encontró el 40% de muertes evitables entre el total absoluto de niños muertos con menos de 1 año de edad.

Un estudio de comparación de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y sus componentes (tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad pos-neonatal, tasa de mortalidad infantil por causa específica de muerte) entre los distintos estados brasileños para el periodo 1979-1991 describe con claridad las desigualdades existentes entre estados[5]. Este estudio muestra que hay un grupo de estados, principalmente del norte y nordeste del país, con indicadores típicos de países pobres: alta tasa de mortalidad pos-neonatal por diarrea y alta proporción de muertes por causas mal-definidas, indicando tanto condiciones estructurales de pobreza, como también bajo nivel de asistencia médico-sanitaria. Por otro lado, el

grupo de estados del sur y sudeste, con TMI más baja gracias a la reducción de la mortalidad pos-neonatal, todavía no presentaba descensos importantes en la tasa de mortalidad neonatal, a diferencia de países como Chile. Este hecho indicaba, también, la dificultad de acceso o la baja calidad de la asistencia prenatal y de la asistencia al parto y al recién-nacido en los estados del sur y sudeste.

En este sentido, se sabe que el SUS todavía no proporciona acceso concreto a los servicios de salud para toda la población, a pesar de su marco legal dirigido a la equidad y a la universalidad. En el año de 2000, solamente 46% de las madres de los nacidos vivos habían tenido más de 6 consultas de atención prenatal[3], demostrando la dificultad de acceso a los servicios de salud. En la Región Sur del país, la proporción de madres de los nacidos vivos con más de 6 consultas de prenatal en 2000 era de 53%, mientras en la Región Nordeste era de solamente 33%.

El estado del *Rio Grande do Sul* (RS), situado en el extremo sur del país, presenta mejores indicadores de salud infantil en comparación, principalmente, de estados de las Regiones Norte y Nordeste, pero internamente también sufre con profundas desigualdades relacionadas a la clase social. En Porto Alegre, la capital del estado, en el año de 1980, se compararon datos sobre la tasa de mortalidad infantil entre áreas consideradas *faveladas* y áreas no *faveladas*. La TMI más alta de las áreas *faveladas* ha sido 80,7 por 1.000, mientras en las áreas no *faveladas* la TMI más alta ha sido de 45,3 muertes por 1.000 nacidos vivos[6]. Otros estudios, en otras ciudades brasileñas, demostraron que la mortalidad infantil está disminuyendo, pero esta disminución presenta velocidad distinta dependiendo de la clase social de los individuos, siendo más lenta entre los socialmente más vulnerables[7].

En 1999, en la región central de Porto Alegre, el 10,3% de las madres de los nacidos vivos tenían menos de 20 años de edad, mientras en la Restinga, un barrio periférico y de bajo nivel socioeconómico, el 27,3% de las madres tenían menos de 20 años. Comparándose estas mismas regiones de Porto Alegre, el 17,8% de las madres de los nacidos vivos de la región central en 1999 tenían menos de 8 años de escolaridad, mientras en la Restinga el 56,4% de las madres tenían menos de 8 años de estudio. En este mismo año, la TMI de la región central ha sido de 9,7

muertes por 1.000 nacidos vivos, mientras en la Restinga ha sido de 13,8 muertes por 1.000 nacidos vivos[8]. En Pelotas, una importante ciudad del interior del RS, la mortalidad entre nacidos de bajo peso (<2.500g) entre los años de 1982 y 1993 ha disminuido 68% para las familias con mayor nivel de renta, mientras el descenso para las familias con menor nivel de renta ha sido solamente de 36%[9].

1.2 Estrategias para reducir las desigualdades en salud

Para intentar reducir estas inequidades en salud son necesarias intervenciones que actúen sobre sus distintos determinantes, principalmente sobre los que originan las diferencias sistemáticas y evitables entre los distintos grupos sociales. Los determinantes de salud pueden ser agrupados en cuatro grandes grupos[10]: los servicios de salud; las características genéticas y biológicas, individuales o poblacionales; las conductas de grupos y de individuos y el entorno socio-ambiental (condiciones y relaciones políticas, socioeconómicas, productivas, de educación, de cohesión social, entre otras - Figura 1). En este contexto, Navarro y Shi[11] definieron recientemente, a través de dados empíricos, la importancia de las políticas sociales y distributivas de los estados como herramientas para la obtención de mejores niveles de salud en la población. Dentro de estas políticas, aparece el énfasis del estado en proporcionar un sistema de salud orientado a las necesidades de la población, con acceso universal al mismo, independiente del estado económico o social de los individuos.

El modelo más apropiado para un sistema de salud que favorezca la equidad es aún cuestión de debate. En este sentido, el papel de la atención primaria de salud (APS) como base de este sistema, necesita ser definido en términos de efectividad y eficiencia. Para ello, un gran número de investigaciones viene acumulando evidencias y conocimiento.

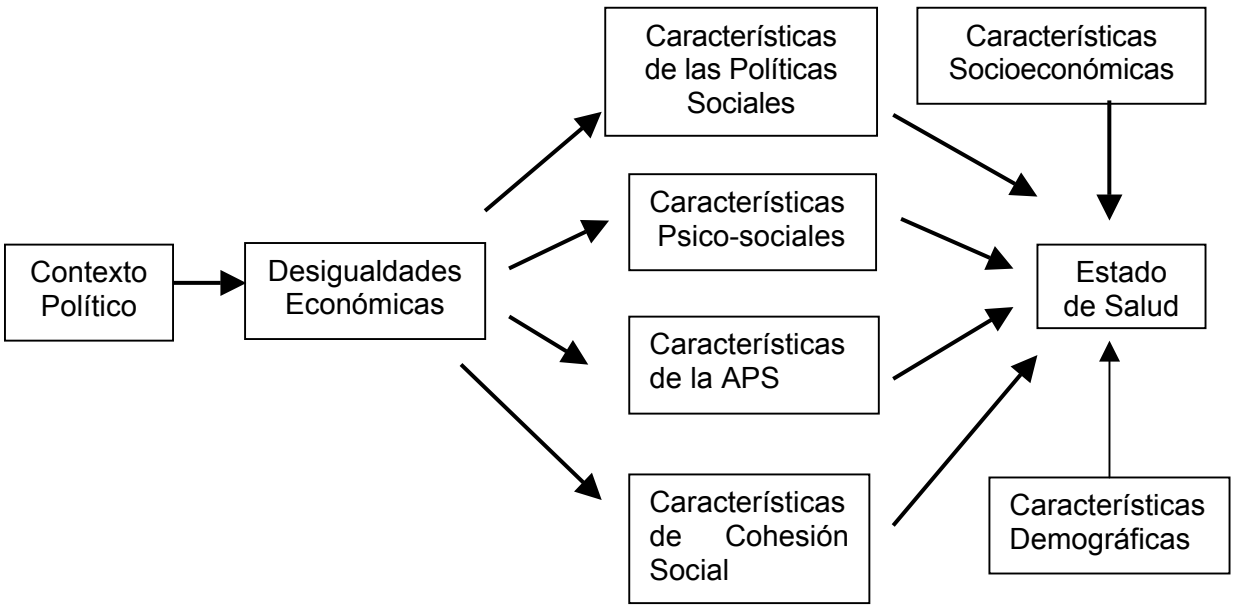


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de salud. (Extraído y modificado de Starfield[12]).

1.3 APS como estrategia para mejorar la salud

Diversos países – Reino Unido, España, Canadá, Holanda, Cuba, Costa Rica, Portugal – al reformar o crear sus sistemas nacionales de salud, han utilizado la estrategia de la APS a fin de reducir las desigualdades. Hay evidencias que indican que la atención primaria es capaz de reorganizar el sistema nacional de salud, contribuyendo para la reducción de las desigualdades y para la mejoría de los indicadores de salud[13]. No obstante, es importante diferenciar atención básica de atención primaria de salud (APS).

1.4 APS y atención básica

La APS es el medio por el cual las dos metas de un sistema nacional de salud – optimización de la salud y equidad en la distribución de recursos – se equilibran[14]. Tiene dos aspectos distintos e interdependientes: una estrategia de (re)organización del sistema de salud y, también, un cambio en la práctica clínico-asistencial[15, 16]. Desde la extensa definición de Alma-Ata en 1978[17], algunos autores definieron la

APS de forma más funcional, permitiendo una mejor caracterización de los servicios de atención primaria[14, 18]. De esta manera, pueden ser llevadas a cabo investigaciones más precisas con el objetivo de medir la efectividad de la APS sobre la situación de salud.

En la presente investigación, partiremos del marco teórico de Starfield[14] que define la APS como el primer nivel de asistencia dentro del sistema de salud, caracterizándose, principalmente, por la continuidad e integralidad de la atención, además de la coordinación de la asistencia dentro del propio sistema, de la atención centrada en la familia, de la orientación comunitaria de las acciones y de la aptitud cultural de los profesionales (Figura 2). De esta forma, Starfield[14] define los 4 atributos esenciales de la APS: el acceso de primer contacto del individuo con el sistema de salud, la continuidad y la integralidad de la atención y la coordinación de la atención dentro del sistema. Además, la misma autora enfatiza la presencia de otras tres características, llamadas atributos derivados: la atención a la salud centrada en la familia, la orientación comunitaria y la aptitud cultural. Estos atributos pueden ser evaluados separadamente, a pesar de se presentaren íntimamente interrelacionados en la práctica clínica. Así, un servicio de atención básica dirigido a la población general puede ser considerado proveedor de atención primaria cuando presenta los cuatro atributos esenciales, aumentando su poder de interacción con los individuos y con la comunidad al presentar también los atributos derivados ya citados.

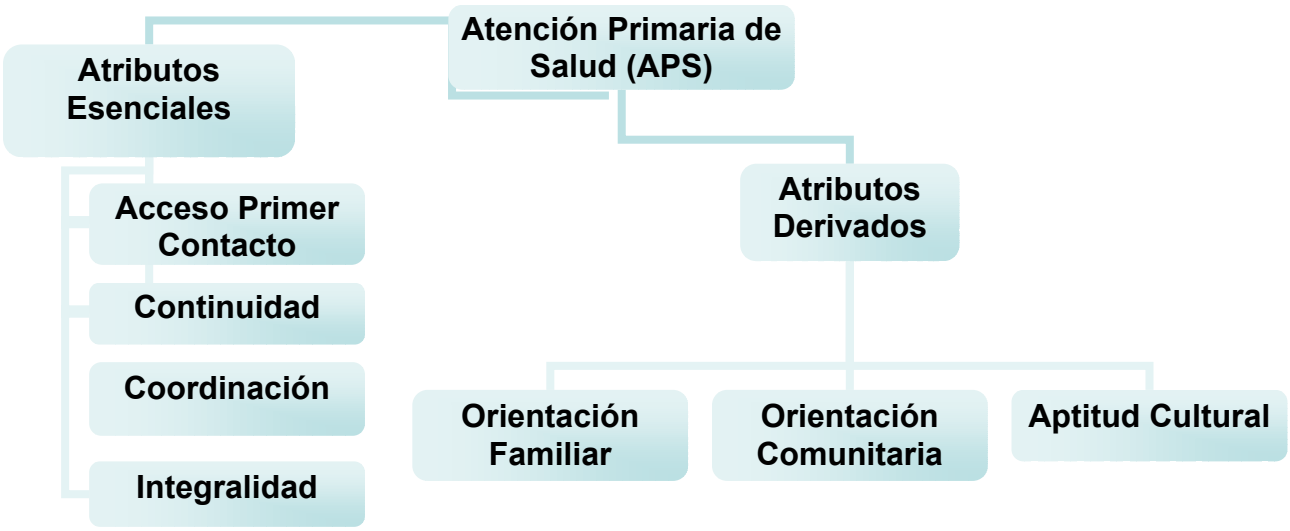


Figura 2. Atributos esenciales y derivados de la atención primaria de salud.

Este marco teórico, por posibilitar la identificación de los atributos esenciales de la APS (Acceso de Primer Contacto, Continuidad, Integralidad, Coordinación) permite la identificación de asociaciones entre estos atributos y los resultados – la efectividad - de la atención. Además, al posibilitar la medición de su extensión, contribuye para orientar los servicios de salud al cumplimiento de estos mismos atributos, permitiendo una evaluación de su proceso de atención. Abajo, se presenta la definición de cada uno de ellos según Starfield[13, 19]:

- Primer contacto: “implica accesibilidad y utilización de los servicios por los pacientes, para cada problema nuevo o para cada nuevo episodio de un mismo problema.”;
- Continuidad (Longitudinalidad): “la existencia de una fuente continuada de atención, así como su utilización a lo largo del tiempo. Además, la conexión entre la población y su fuente de atención debe reflejarse en unas relaciones interpersonales intensas que expresan la identificación mutua entre los pacientes y su médico.” La continuidad puede estar relacionada al mismo médico (o profesional de salud) o al mismo servicio (grupo de profesionales);
- Integralidad: “La atención primaria debe organizarse en forma tal que el paciente tenga todos los servicios de salud necesarios...ello implica la derivación a la atención secundaria o a la terciaria.” El personal (del servicio de salud) debe identificar y proporcionar los servicios preventivos necesarios y proveer servicios para signos y síntomas y para el diagnóstico y tratamiento de

las enfermedades. “.... identificar de forma adecuada problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales.”;

- Coordinación: exige la existencia de algún tipo de continuidad (sea por medio de los médicos, las historias clínicas o ambos), así como la identificación de problemas abordados en otro servicio y la integración de este cuidado en el cuidado global del paciente. El proveedor de atención primaria debe ser capaz de integrar todo cuidado que el paciente recibe;
- Atención centrada en la familia (Orientación Familiar): conocimiento de los factores familiares relacionados al origen y al cuidado de las enfermedades;
- Orientación comunitaria: se refiere al conocimiento del proveedor acerca de las necesidades de la comunidad a través de datos epidemiológicos y del contacto directo con la comunidad; su relación con ella, así como el planeamiento y la evaluación conjunta de los servicios;
- Aptitud cultural: se refiere a la adaptación del proveedor (profesional de salud) para facilitar la relación con la población con características culturales especiales.

Esta cuidadosa definición de la APS debe guiar las estrategias de evaluación de servicios o sistemas de salud basados en la APS. La identificación rigurosa de los atributos citados es importante para diferenciar un servicio de atención básica de los servicios basados en APS. Los paquetes de atención básica, con incapacidad estructural de responsabilizarse por algo más que la demanda espontánea, incompletos en lo que se refiere a la amplitud de servicios ofrecidos y sin complementación adecuada de los otros niveles de atención no son estrategias de APS. Es fundamental el esfuerzo metodológico en diferenciar la APS de la atención mínima a la salud.

La ausencia de precisión en identificar y diferenciar los distintos modelos de atención de ambulatorio puede comprometer el esfuerzo científico de busca de evidencias sobre la real efectividad de la APS[19], con consecuencias importantes sobre la definición de las políticas públicas. No parece relevante volver al ya antiguo debate entre la atención primaria integral o selectiva[20].

1.5 APS como espacio preferencial para promover la salud infantil

Dados sus atributos de atención y su concepción integral del proceso de salud-enfermedad, los servicios de APS son el espacio preferencial para la promoción de la salud infantil en el ámbito sanitario. Al suministrar cuidado de primer contacto, continuo, con énfasis en actividades de promoción y prevención y fuerte componente de orientación familiar, los servicios efectivos de APS posibilitan todas las condiciones para un acompañamiento de calidad de la salud infantil. Además, la mayor parte de las intervenciones preventivas y curativas dirigidas a los problemas más prevalentes de la infancia son tecnológicamente sencillas, dispensando cuidados hospitalarios. Por otro lado, cuando sean necesarias intervenciones tecnológicamente más complejas, cuidados especializados o hospitalarios, los servicios de APS, a través de la coordinación de la atención, hacen de puente entre los distintos niveles. Mantienen la continuidad del cuidado y refuerzan, junto a los otros niveles, la importancia de los factores socioambientales sobre la salud de los niños.

1.6 Revisión de la literatura: Relación de la APS, sus atributos y los resultados en salud

Conforme se pude observar en el Cuadro 1, diversos estudios observacionales y experimentales evidenciaron el efecto de la APS sobre la obtención de mejores indicadores poblacionales de salud, sobre la reducción de las inequidades en el acceso al sistema de salud, sobre la satisfacción de los usuarios y, también, sobre el aumento de la efectividad y de la eficiencia de la atención sanitaria.

Cuadro 1. Resumen de evidencias internacionales de la APS y sus atributos sobre la salud.

Autores / Año publicación	Diseño	Lugar	Población	Objetivos	Resultados	Comentarios
Alpert J., Heagarty M., Robertson L., Kosa J., Haggerty R.J., 1968.[21]	Estudio aleatorio controlado	Boston, EEUU.	Familias de bajo nivel socioeconómico de Boston.	Evaluar el efecto de un programa integral de atención primaria sobre la utilización de servicios de salud por niños de bajo nivel socioeconómico.	Los niños expuestos al programa de APS tuvieron menor número de ingresos hospitalarios, así como menor número de cirugías. Por otro lado, tuvieron mayor número de visitas de revisión de salud que los niños no expuestos.	Presenta resultados muy positivos de la atención integral, pero no permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS.
Gordis L., Markowitz M., 1971.[22]	Estudio aleatorio controlado	Baltimore, EEUU.	Todos los nacidos vivos de madres adolescentes en el *Sinai Hospital* durante 3 años en la década de 1960.	Determinar si la atención integral y continuada a los niños resultaba en mejor beneficio y mayor calidad de la atención.	Solamente la proporción de niños correctamente inmunizados para polio fue mayor en el grupo de la atención integral y continuada que en el grupo control al fin del primer año de vida.	Muestra el efecto de la atención integral y continuada sobre la inmunización para polio, a pesar de que otros criterios de calidad no mostraron diferencias (vacunación general, consultas de puericultura, ingresos hospitalarios, etc) probablemente debido al pequeño número de niños estudiados (n=220).
Hochheiser L., Woodward K., Charney E., 1971.[23]	Estudio ecológico, comparativo antes y después de intervención.	Rochester New York, EEUU.	Población infantil de Rochester.	Evaluar el efecto de la introducción de un centro de salud comunitario sobre la utilización de servicios de salud.	Reducción de 38% en el número de visitas de niños a urgencias 3 años después de la implantación de un centro de salud comunitario en la región, mientras en otras áreas el número de visitas a urgencias permaneció igual o aumentó.	No permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS o una definición más clara del proceso de atención.
Gordis L. , 1973.[24]	Estudio ecológico, comparativo antes y después de intervención.	Baltimore, EEUU.	Los niños de 5-14 años que vivían en los sectores censitarios seleccionados en los años de 1960-1970.	Evaluar el efecto ecológico de programas de atención integral a la salud de los niños sobre la incidencia de fiebre reumática.	La incidencia de fiebre reumática en los sectores cubiertos por el programa de atención integral se ha reducido cerca de 60% en comparación a la manutención de la incidencia de fiebre reumática en los otros sectores estudiados.	Atención integral parece reducir la incidencia de fiebre reumática a través del mayor cuidado dirigido a las infecciones respiratorias.
Klein M., Roghmann K., Woodward K., Charney E., 1973.[25]	Estudio transversal.	Rochester New York, EEUU.	Población infantil de Rochester.	Evaluar el efecto de un centro comunitario de salud sobre ingresos hospitalarios por problemas sensibles a cuidados en nivel de ambulatorio	Menor número de hospitalizaciones prevenibles entre niños usuarios del centro de APS cuando comparado a niños no-usuarios.	No permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS.
Dietrich A. y Marton K., 1982.[26]	Estudio de revisión.	No se aplica.	Revisión de 29 estudios acerca del papel de la continuidad sobre la atención sanitaria.	Revisar la evidencia sobre el efecto de la continuidad – definida de forma semejante al marco teórico de Starfield - sobre varios aspectos de la atención sanitaria.	De los 29 estudios revisados, solamente 4 presentaban evidencias consistentes sobre el papel de la continuidad. Estos 4 estudios apuntaban que la continuidad tenía asociación con: la mayor satisfacción de los padres y del equipo de salud con el cuidado de los niños; la mayor	Apunta el efecto benéfico de la continuidad sobre varios aspectos de la atención sanitaria, principalmente sobre poblaciones de riesgo.

Continuación en la página siguiente.

					adhesión a las citas pediátricas en poblaciones de bajo nivel socioeconómico; la mayor adhesión a la terapéutica farmacológica durante enfermedades agudas de los niños y al mayor reconocimiento por el médico de problemas de conducta en madres de pacientes pediátricos	
Hojrdthal P. y Borchgrevink F., 1991. [27]	Estudio transversal.	Noruega.	Médicos de familia (*general practitioners*)	Evaluar el efecto del conocimiento de los médicos sobre los pacientes y el uso de recursos en las consultas.	El conocimiento de los médicos sobre los pacientes, principalmente los niños, estaba implicado en la disminución del tiempo de consulta, en el menor uso de pruebas diagnósticas y en una mayor utilización de conductas expectantes, mientras, por otro lado, parecía aumentar el número de prescripciones y de referencias a especialistas	El conocimiento del medico sobre los pacientes, componente importante de la continuidad de la atención, parece ejercer compleja relación con la utilización de recursos en la consulta.
Hojrdthal P. y Laerum E., 1992. [28]	Estudio transversal.	Noruega.	Población adulta, representativa de los pacientes de servicios de APS.	Evaluar el efecto de la continuidad de la atención sobre la satisfacción con la última consulta médica.	La presencia de la continuidad – duración e intensidad de la relación médico-paciente – aumentó en 7 veces la satisfacción con la última consulta.	Muestra el efecto positivo de la continuidad de la atención sobre la satisfacción de los usuarios.
Parchman M.L. y Culler S., 1994. [29]	Estudio ecológico.	Pensilvania EEUU.	Población general de Pennsylvania.	Identificar la asociación entre la disponibilidad de médicos de familia y las tasas de ingreso hospitalario por problemas sensibles a cuidados en nivel de ambulatorio	Hubo correlación significativa entre el aumento de la proporción de médicos de familia/población y la reducción de ingresos hospitalarios por problemas sensibles a cuidados en nivel de ambulatorio	Enfoca solamente la cuestión del profesional médico y no posibilita una caracterización más detallada de la atención. No permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS.
Shi L., 1994. [10]	Estudio ecológico comparativo.	50 estados norte-americanos.	Población general y bases de datos secundarios.	Identificar la asociación entre proporción de médicos de APS/población y buenos indicadores de salud.	Asociación positiva entre la presencia de mejores indicadores de salud, entre ellos la mortalidad neonatal y el bajo peso al nacer, y la mayor proporción de médicos de APS/población, controlando para factores de confusión como tasa de pobreza, educación, tabaquismo y obesidad, entre otros.	Enfoca solamente la cuestión del profesional médico y no posibilita una caracterización más detallada de la atención. No permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS.
Starfield B., 1994. [30]	Comparación internacional de datos secundarios de 11 países. Estudio ecológico.	Alemania Occidental Australia, Bélgica, Canadá,Dinamarca, España EEUU, FinlandiaHolanda, Reino Unido, Suecia.	Población general de estos 11 países y bases de datos secundarios nacionales.	Identificar la relación entre el grado de orientación hacia la APS de los sistemas de salud y los indicadores de salud nacionales.	Cuanto mayor el grado de orientación del sistema de salud de cada país a la APS, mayor el grado de satisfacción de la población con el sistema de salud, mejores los indicadores de salud (bajo peso al nacer, mortalidad infantil, expectativa de vida, años potenciales de vida perdidos), menores los costes totales con el	La definición de orientación del sistema de salud a la APS utilizada no permite el establecimiento de una relación directa entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS. Pero permite inferir que cuanto más orientado hacia APS es el sistema de salud, mayor su impacto sobre la salud de la población.

Continuación en la página siguiente.

					cuidado de salud y menor el consumo individual de medicamentos.	
Ettner S.L., 1996. [31]	Estudio transversal basado en datos secundarios (*National Health Interview Survey*).	EEUU.	Población infantil con edad < 18 años.	Evaluar el efecto de una fuente usual de cuidado y la práctica de actividades preventivas.	La existencia de una fuente regular de cuidado médico no implicaba en la realización de revisiones clínicas preventivas más actualizadas que los niños que no poseían fuente regular de cuidados.	Basado en datos secundarios, la caracterización de fuente regular de cuidados utilizada en este estudio no permite discernir ni el tipo de proveedor médico, ni tampoco las características del proceso de atención del servicio usual.
Flocke S.A., Stange K.C. y Zyzanski S.J., 1998.[32]	Estudio transversal.	Ohio, EEUU.	Pacientes adultos y niños de 138 médicos de familia, encuestados consecutivamente durante 2 días en 1994-1995.	Identificar la asociación entre la presencia de los atributos de la APS y la realización de actividades preventivas del *US Preventive Service Task Force (USPSTF).*	Fueron identificadas asociaciones positivas entre la buena comunicación interpersonal (continuidad), la preferencia por el mismo médico (continuidad), conocimiento acumulado del médico sobre el paciente (continuidad) y alto grado de coordinación con la realización adecuada, cuanto a la edad y sexo, de las actividades preventivas propuestas por el USPSTF.	Muestra el efecto de la continuidad y de la coordinación sobre la realización adecuada de prácticas preventivas, revelando la relación de los atributos con la calidad de la atención.
Grossman L.K., Rich L.N. y Jonson C., 1998.[33]	Estudio experimental no aleatorio.	Columbus, Ohio, EEUU.	Niños cubiertos por el Medicaid que consultaban urgencias por problemas no urgentes.	Testar la efectividad de una intervención educativa para reducir la utilización de urgencias por problemas no-urgentes.	La estrategia educativa para reforzar la utilización de una fuente regular de cuidado médico por los niños que buscaban el servicio de urgencias por problemas no-urgentes posibilitó la reducción de 11,1-14,5% en el número de visitas no-urgentes a servicios de urgencia en los 6 meses subsecuentes, pero con pérdida del efecto posteriormente.	La ausencia del efecto después del periodo inicial puede deberse a la ausencia de continuidad con el servicio de APS, ya que la relación entre los niños y sus padres con los servicios de APS no ha sido evaluada.
Mainous III A.G. y Gill J.M., 1998. [34]	Estudio transversal.	Delaware, EEUU.	Pacientes de 0 a 64 años del Delaware Medicaid atendidos en el periodo de 1993-1995.	Evaluar el efecto de la continuidad con el médico o con un servicio sobre los ingresos hospitalarios.	Adultos y niños que poseían alto grado de continuidad con un médico tenían menor número de ingresos hospitalarios en el próximo año que pacientes que poseían alto grado de continuidad con un servicio de salud, controlando para variables demográficas y de estado de salud	La continuidad con un profesional médico parece ser más importante que la continuidad con un servicio de salud para obtener cuidados más costo-efectivos.
Rajmil L., Starfierld B., Plasencia A. y Segura A., 1998.[35]	Estudio transversal basado en datos secundarios (Encuesta de Salud de Cataluña de 1994).	Barcelona, España	Población infantil de Barcelona con edad inferior a 15 años.	Evaluar el rol de las necesidades y de los factores sociales en la utilización de los servicios públicos de salud por niños con edad inferior a 15 años en Barcelona .	La universalidad del sistema de salud posibilitó el aumento en la utilización de los servicios por los niños con necesidades en salud independientemente de la situación socioeconómica familiar. El sistema basado en APS posibilitó el alcance de la equidad en la utilización de servicios.	El acceso universal a través de la APS promueve la equidad en la utilización de servicios.

Continuación en la página siguiente.

Christakis D.A., Wright J.A., Koepsell T.D., Emerson S. y Connell F.A., 1999. [36]	Estudio transversal a través de datos secundarios.	Seattle, EEUU en el periodo 1993-1997.	Todos los niños con edad inferior a 19 años cubiertos por el *Medicaid* en el *Children's Hospital* y *Regional Medical Center* que tenían al menos 4 consultas.	Evaluar si la mayor continuidad estaba asociada con la menor utilización de urgencias.	Niños menores de 19 años que estaban en el tercio superior o medio de una escala de continuidad de cuidado médico buscaban, respectivamente, 35 y 30% menos el servicio de urgencias del hospital de referencia.	Efectividad de la continuidad en la disminución de búsqueda por urgencias.
Jones D.S, McNangny S.E., Williams M.V., Parker R.M., Sawyer M.F. y Rask K.J., 1999. [37]	Estudio transversal.	Atlanta, EEUU	Niños con edad inferior a 16 años que consultaron la urgencia del *Grady Memorial Hospital* en mayo de 1992.	Identificar factores de riesgo para la falta de continuidad del cuidado entre niños que consultaban en urgencias.	Asociación entre la ausencia de fuente regular de cuidado médico con la búsqueda de urgencias por causas no-urgentes	Ausencia de continuidad implica en la búsqueda por urgencias por causas no-urgentes.
Shi L, Starfield B. y Kennedy B, Kawachi I., 1999. [38]	Estudio ecológico comparativo.	50 estados norte-americanos.	Población general y bases de datos secundarios.	Identificar la relación entre la proporción de médicos de APS, la desigualdad de renta, la mortalidad general y la expectativa de vida.	Cuanto mayor la proporción de médicos de APS menor la mortalidad general y mayor la expectativa de vida, independientemente de la desigualdad de renta	Enfoca solamente la cuestión del profesional médico y no posibilita una caracterización más detallada de la atención. No permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS.
Villalbí J.R., Guarga A., Pasarín M.I., Gil M., Borrel C., Ferrán M. y Cirera E., 1999. [39]	Comparación de las tasas de mortalidad a lo largo del período 1984-1996 en 3 zonas de nivel socioeconó-mico homogéneo en función del desarrollo de la reforma de los servicios públicos de atención primaria de salud.	Barcelona, España	La población de los 23 áreas básicas de menor nivel socioeconómico de la ciudad de Barcelona, con 3 grados distintos de ejecución de la reforma de APS.	Evaluar el impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud de la población.	La disminución de la mortalidad general y de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares o por hipertensión estaba relacionada con el grado de reforma de los servicios locales de salud hacia el modelo de APS. Cuanto más antiguo el comienzo de la reforma de APS, mayor el descenso en la mortalidad citada.	No permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS. Pero permite inferir que cuanto más avanzada la APS, mayor su impacto sobre la salud de la población.
Rajmil L., Borrell C., Starfield B., Fernandez E., Serra V., Schiaffino A., Segura A., 2000.[40]	Estudio transversal utilizando datos de la Encuesta de Salud de Cataluña de 1994.	Cataluña, España	Muestreo representativo de los niños con edad inferior a 15 años de la Cataluña.	Evaluar la presencia de desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud entre niños cubiertos por el sistema nacional de salud y niños con doble cobertura	No se identificó desigualdades en la utilización de servicios de salud entre los dos grupos de niños. Por otro lado, los niños con doble cobertura utilizaban más servicios que son ofrecidos parcialmente por el Sistema Nacional de Salud.	Sistemas nacionales de salud con una fuerte red de APS, como el español, parecen reducir las desigualdades socioeconómicas de acceso y utilización de servicios de salud para los niños.

Continuación en la página siguiente.

				(sistema nacional de salud más seguro privado).		
Shi L. y Starfield B., 2000.[41]	Estudio ecológico comparativo.	50 estados norte-americanos.	Población general y bases de datos secundarios.	Identificar la asociación entre proporción de médicos de APS/población y la salud auto-percibida.	Cuanto peor la situación económica, peor la auto-percepción de salud, mientras la asociación entre la auto-percepción de salud y la proporción de médicos de APS/población era positiva. Además, la mayor proporción de médicos de APS/población tuvo el efecto de reducir la relación negativa entre el bajo nivel económico y la auto-percepción de salud.	Enfoca solamente la cuestión del profesional médico y no posibilita una caracterización más detallada de la atención. No permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS.
Starfield B. y Shi L., 2002.[42]	Comparación internacional de datos secundarios de 13 países. Estudio ecológico.	Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, EEUU, Finlandia, Francia, Holanda, Japón, Reino Unido, Suecia.	Población general de estos 13 países y bases de datos secundarios nacionales.	Identificar la relación entre el grado de orientación hacia la APS de los sistemas de salud y los indicadores de salud nacionales.	Sistemas nacionales de salud con fuerte estructura y orientación hacia la APS poseen mejores indicadores poblacionales de salud infantil (mortalidad pos-neonatal y bajo peso al nacer), con menores costes, que sistemas de salud caracterizados por tener menor orientación hacia la APS	No permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS. Pero permite inferir que cuanto más orientado hacia APS es el sistema de salud, mayor su impacto sobre la salud de la población.
Shi L., Macinko J., Starfield B., Xu J., Regan J., Politzer R., Wulu J., 2004.[43]	Estudio ecológico.	EEUU.	Muestra representativa de la población infantil de 50 estados de los EEUU.	Identificar en que extensión la oferta de médicos de atención primaria moderaba la asociación entre desigualdad social, mortalidad infantil y bajo peso al nacer.	Mostró que en áreas geográficas con mayor proporción de médicos de APS/población había significativamente menor mortalidad infantil y menores tasas de bajo peso al nacer que en áreas con menor proporción de médicos de APS/población.	Enfoca solamente la cuestión del profesional médico y no posibilita una caracterización más detallada de la atención. No permite el establecimiento de una relación entre los resultados favorables y la presencia de los atributos esenciales de la APS.

Los resultados de los estudios citados en el Cuadro 1 muestran que las evidencias sobre la relación entre los atributos de la APS y mejores resultados en salud no son abundantes. Además, son pocos los estudios experimentales (3) y muchos presentan dificultades en la caracterización de la APS o de sus atributos. Aunque este tipo de evidencia es primordial para la organización de servicios de atención primaria más resolutivos y de mayor calidad, todavía es necesario mayor conocimiento sobre la relación entre los atributos de la APS y mejores resultados en salud.

1.7 El *Sistema Único de Saúde* (SUS) y la atención básica en Brasil

Desde la redemocratización del país en 1985, a pesar del retroceso neoliberal de los años 90, muchas estrategias gubernamentales, en nivel municipal, estatal o federal, han sido propuestas a fin de reducir las desigualdades en la salud. La Constitución de 1988 define, en su artículo 196, que "*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*".[I] En 1990, a través de la ley n° 8.080, se definieron los principios, directrices y acciones que componen el *Sistema Único de Saúde*[44]. Sus directrices y principios más importantes son:

- Universalidad de acceso en todos los niveles de la asistencia;
- Integralidad de la asistencia, entendida como conjunto articulado y continuo de las acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos;
- Preservación de la autonomía de los individuos;
- Igualdad de la asistencia a la salud;
- Derecho a la información;
- Participación de la comunidad;
- Descentralización político-administrativa, con énfasis en los municipios (municipalización);
- Regionalización e jerarquización de la red de servicios de salud.

Una de las estrategias del Ministerio de Salud (MS) para el desarrollo del SUS como un sistema nacional de salud que alíe efectividad y equidad ha sido la ampliación de la atención básica a la salud a través del *Programa Saúde da Família* (PSF). Esta estrategia pretende ampliar el acceso a los servicios de salud, contribuyendo para la universalidad a través de la implantación de equipos de atención básica, colaborando, también, para la racionalización de los costes. Los grupos sociales diana de esta estrategia fueron, inicialmente, los de mayor vulnerabilidad socioeconómica a fin de contribuir a la disminución de las desigualdades e inequidades en salud. Al buscar reducir la inequidad de acceso a

[I] Traducción libre: La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado por medio de políticas sociales y económicas que tiene como objetivo la reducción de los riesgos de las enfermedades y de otros males y el acceso universal igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación

los servicios de salud, esta estrategia pretende enfrentar una de las principales causas de la desigualdad en salud de la población de países en vías de desarrollo[45].

1.8 El *Programa Saúde da Família* (PSF)

Surgido en 1994, el PSF ha sido una consecuencia del *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* (PACS), de 1991, en el nordeste del país. El PACS capacitaba personas que vivían en las comunidades pobres con el objetivo de disminuir la gran morbimortalidad materno-infantil de las comunidades más vulnerables a través de orientaciones y prácticas simplificadas realizadas en visitas domiciliares mensuales. Inicialmente, el PSF era una propuesta de atención a áreas de riesgo, dirigida a la atención de 32 millones de brasileños incluidos en el Mapa del Hambre del *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada* (IPEA), institución pública subordinada al Ministerio del Planeamiento, con la atribución de elaborar estudios e investigaciones para informar la planificación de políticas gubernamentales.

El objetivo general del PSF era mejorar el estado de salud de la población. Pretendía construir un modelo de atención basado en "la promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento y recuperación de la salud, dirigido a los individuos, a la familia y a la comunidad, del recién-nacido al viejo, sanos o enfermos, de forma integral y continua[46]. Esta propuesta evitaba un eje exclusivamente médico de las acciones, buscando mayor integración con la comunidad[47]. A pesar de poseer un objetivo amplio, en este momento, el PSF era un programa vertical, sin financiación continuada, dirigido solamente a la población más vulnerable de pequeñas ciudades.

En 1996, con la reglamentación del financiamiento federal de la salud, a través de la transferencia per capita de los recursos a los municipios (*Norma Operacional Básica* - NOB 01/96)[48] junto con las experiencias exitosas del PSF en pequeñas y algunas grandes ciudades, la propuesta inicial del PSF fue reevaluada. El PSF pasó a ser visto, entonces, como un proceso de reforma del SUS. En el año siguiente, la reglamentación tomó fuerza con la publicación, por el Ministerio de la Salud, de los reglamentos y directrices del PACS y PSF, a través de la *Portaria 1886*[49], estableciendo el PSF como "importante estrategia para contribuir en el

incremento y en la consolidación del SUS, a partir de la reorientación de la asistencia de ambulatorio...". Esta reglamentación también definió las responsabilidades de cada nivel de gobierno (federal, estatal y municipal) definiendo el carácter fundamental del municipio, pero con importante contribución financiera, directiva y organizacional de los estados y del nivel central. A partir de entonces, el PSF se desarrolló por todas las regiones del país, rurales y urbanas, y el número de equipos empezó a crecer rápidamente, tanto en pequeñas ciudades, como en grandes centros urbanos y capitales de estados. Entre 1998 y 2001 la proporción de gastos del Ministerio de Salud (MS) con la atención básica pasó de 15,7% al 25% del presupuesto general del MS[50]. Por otro lado, el municipio seguía siendo responsable de cerca del 70% de la financiación local del PSF. De esta manera, el municipio se ha convertido en el principal responsable de las acciones y servicios de salud, especialmente de la atención básica, pero con fuerte papel inductor del nivel central[51].

En 2001, con la publicación del Reglamento Operativo de la Asistencia a la Salud (NOAS 01/2001)[52,] la reorganización del sistema siguiendo las directrices y principios del SUS tomó nuevo impulso. La atención básica y el PSF ocuparon, entonces, un lugar destacado para intensificar la regionalización, jerarquización y municipalización del sistema. La NOAS 01/2001 buscó articular la atención básica con el resto de la red de servicios de salud de los municipios, definiendo responsabilidades y acciones estratégicas mínimas para la atención básica, complementadas por servicios de referencia de nivel secundario, fortaleciendo, así, el carácter transformador del PSF y su característica de puerta de entrada al sistema. Estas acciones estratégicas mínimas comprendían: control de la tuberculosis, eliminación de la lepra, control de la hipertensión y diabetes, acciones de salud bucal, acciones de salud infantil y acciones sobre la salud de la mujer[47, 53.]

Dentro de las acciones estratégicas mínimas, las relacionadas a la salud infantil comprendían:

- Vigilancia del crecimiento y del desarrollo;
- Promoción de la lactancia materna;
- Realización o referencia para pruebas de laboratorio (analíticas);
- Identificación y tratamiento de las deficiencias nutricionales;

- Realización del esquema básico de inmunización;
- Busca de niños ausentes a las evaluaciones periódicas de puericultura;
- Asistencia a las enfermedades prevalentes en la infancia (ej.: infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas);
- Realización de actividades educativas de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Las reglamentaciones citadas, aliadas a la orientación política y financiera del Ministerio de la Salud - en 1998 surge un presupuesto específico para que el PSF alcance sus metas – han promovido un salto en el número de equipos del PSF por todo el país. En septiembre de 2002, la cobertura del PSF llegó a más de 50 millones de personas (más de 30% del total poblacional), a través de más de 16 mil equipos. Cerca de 90% de los municipios contaban con, por lo menos, un equipo del PSF y el 25% de los municipios tenían 100% de la población cubierta por equipos del PSF. No obstante, a pesar de que existían directrices centrales definidas, la heterogeneidad de estructura, proceso, recursos humanos y de la calidad de la atención entre estos equipos era bastante grande[53].

A través de este avance se puede afirmar que el PSF plantea realmente reorganizar la práctica asistencial. Esta reorganización parte de una comprensión amplia del proceso salud-enfermedad. Basado en una filosofía que "prioriza acciones de promoción, protección y recuperación de la salud de los individuos y familias de forma integral y continua"[54], sus principales características son:

- Los equipos del PSF deben constituirse en el primer contacto del usuario con el sistema de salud;
- Alta resolutividad, con referencia a otros servicios (especializados o complementarios) solamente para los casos necesarios, manteniendo la responsabilidad del plan terapéutico por parte del equipo del PSF;
- Asistencia integral, continua y de calidad, desarrollada en la unidad de salud, en los domicilios y en centros comunitarios;
- Práctica de actividades individuales y colectivas, que busquen la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Población adscrita, contando con 600-1.000 familias por equipo, con área de actuación geográficamente definida;

- Facilidad de acceso geográfico;
- Educación continuada de los profesionales, con énfasis en la actuación clínica, epidemiológica y de vigilancia a la salud, con el individuo, la familia y la comunidad como base de este abordaje;
- Composición básica de un equipo: un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería, 4-6 agentes comunitarios de salud (ACS);
- Dedicación integral de los profesionales (40 horas / semana), debiendo residir en la propia ciudad;
- Los ACS deben residir en las propias áreas de actuación de los equipos;
- Aprobación y apoyo del Consejo Municipal de Salud;
- Planeamiento de las acciones, a través del diagnóstico de las necesidades en salud y la priorización de problemas, definiendo micro áreas de riesgo;
- Consolidación de los datos poblacionales, de producción de cuidado y de morbimortalidad a través del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB), base de datos nacional del MS sobre el PSF[55].

A través de los documentos que definen sus conceptos y principios[54, 55] es posible, teóricamente, caracterizar el PSF como una estrategia de implantación de equipos de atención primaria de salud. Los documentos oficiales del PSF (2000)[54] hacen clara referencia a los cuatro atributos esenciales de la atención primaria de salud: la continuidad, la integralidad, el acceso de primer contacto y la coordinación dentro del sistema de salud. En otros documentos[55], la participación comunitaria y la atención centrada en la familia y en la comunidad también son explicitados. Sin embargo, un buen marco legal y programático, al definir los objetivos y las características de un servicio, no garantiza su cumplimiento, ni la efectividad de su actuación. Un informe del propio Ministerio de la Salud afirma que “entre la modernidad de la ley y la efectiva implantación del SUS, en un país de proporciones continentales, muchos desafíos tuvieron y aún tienen que ser enfrentados.”[47]

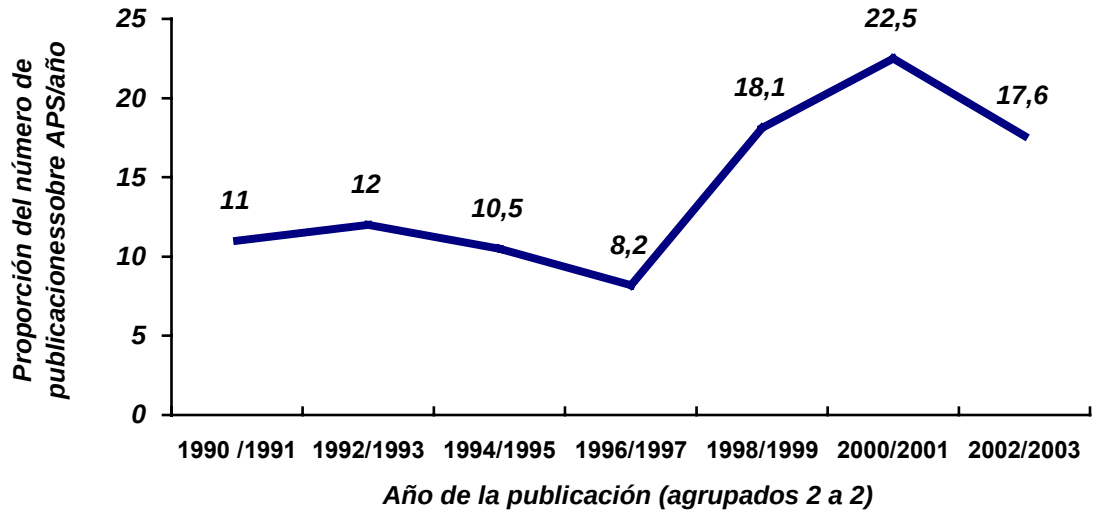
1.9 Otros servicios públicos de atención básica en Brasil

Es importante resaltar que la atención básica en Brasil no se limita al PSF. Desde la década de 60, muchas iniciativas de construcción de sistemas locales de salud, con centros de atención básica, se han efectuado en las distintas regiones del país. En 1998, el PSF contaba con cerca de 3.100 equipos, mientras, en este mismo año, estaban en funcionamiento en el país cerca de 30.000 Unidades Sanitarias (US)[56], con características gerenciales, estructurales y de proceso de atención bastante heterogéneas. Estas Unidades Sanitarias, de origen federal, estatal o municipal, no operaban con una misma orientación metodológica, así como su composición de recursos humanos era bastante diversa. A lo largo de los años, algunas de estas se han "transformado" en unidades del PSF, con cambios en su composición y en su orientación programática hacia la promoción y prevención.

1.10 Revisión de la literatura: Relación entre los atributos de la APS y los resultados en salud en Brasil

En Brasil, el número de artículos científicos sobre la calidad de la atención básica y sobre la APS han crecido en los últimos años, acompañando el crecimiento del número de equipos del PSF (Figura 3)[57].

Figura 3. Publicaciones científicas sobre APS en Brasil en el período 1990-2001.



No obstante, aún son reducidas las evidencias sobre la efectividad de estrategias de atención básica, de atención primaria o del PSF sobre la salud infantil en Brasil. Muchos estudios tienen enfoque estrictamente local, con resultados divergentes sobre la efectividad de intervenciones típicas de APS. Además, en pocos estudios hubo intencionalidad de medir las características del proceso de atención, dificultando la identificación de las variables del proceso de atención que se relacionaran con los atributos de APS o con los resultados obtenidos. En el Cuadro 2 se presentan algunos estudios brasileños, algunos sobre la salud de adultos, que sirven para ilustrar la realidad nacional.

Cuadro 2. Resumen de evidencias brasileñas de la APS y sus atributos sobre la salud.

Autores / Año publicación	Diseño	Lugar	Población	Objetivos	Resultados	Comentarios
Halal I.S., Sparrenberger F., Bertoni A.M., Ciacomet C., Seibel C.E., Lahude F.M., Magalhães G.A., Barreto L. y Lira R.C.A., 1994.[58]	Estudio transversal.	Pelotas, RS.	Usuarios adultos y niños de 2 servicios públicos de atención básica vinculados a la Facultad Federal de Medicina local, entre 10-11/1992.	Evaluar la capacidad resolutiva y la satisfacción de los pacientes y de los profesionales de la red de APS de Pelotas.	Evidenció un alto grado – 88% - de resolutividad percibida por el paciente (o por el cuidador). La resolutividad percibida estaba significativamente relacionada con la satisfacción con la atención prestada.	Indicó la posibilidad de una asociación entre la calidad de la relación médico-paciente en atención básica con su propia efectividad, sin embargo no hubo caracterización clara de los atributos de APS o del proceso de atención.
Ministério da Saúde, 2000.[59]	Estudio descriptivo.	24 estados brasileños	75% de los equipos del PSF del país en 1999.	Evaluar la implantación y funcionamiento de todos los equipos del PSF del país implantados hasta 12/1998.	Las encuestas indicaron que 85% de los equipos trabajaban con áreas territoriales definidas y 71% con historias clínicas familiares. La oferta de prenatal, puericultura, inmunización, métodos de planificación familiar y consultas con médicos y enfermeras habían aumentado considerablemente. Por otro lado, la disponibilidad de equipamientos no era adecuada: 60% de los equipos tenían cantidad insuficiente de material de educación para la salud, 65% de los equipos tenían material suficiente para la realización de todos los exámenes preventivos de cáncer del cuello uterino necesarios y 15% de los equipos tenían condiciones materiales y disponibilidad de analíticas para la	Esta evaluación demostró el avance de algunos aspectos del proceso de trabajo en APS (territorio, énfasis familiar), pero también apuntó la precariedad de condiciones estructurales, limitante para una atención de calidad.

Continuación en la página siguiente.

					realización completa del acompañamiento prenatal.	
Santos I.S., Baroni R.C., Minotto I. y Klumb A.G., 2000.[110]	Estudio transversal.	Pelotas, RS.	Madres en el pos parto inmediato de 4 maternidades de Pelotas entre 03-04/1997.	Caracterizar la calidad de la atención prenatal en el posparto inmediato.	Se observó que en los servicios públicos de atención básica se realizaron menos exploraciones ginecológicas y de mama, menos orientaciones sobre la lactancia materna y menor uso de sulfato ferroso que en el prenatal realizado en hospitales o en la privada.	Estos resultados indican una baja calidad de la atención prenatal en los servicios de atención básica de *Pelotas*, considerándose intervenciones sencillas y de bajo coste. Sin embargo, no se especifican características del proceso de atención en APS o sus atributos.
Santos S.R., Cunha A.J.L.A, Gambá C.M., Machado F.G.,Leal Filho J.M.M. y Moreira N.L.M., 2000. [60]	Estudio transversal con muestreo por conveniencia	Teresópolis Rio de Janeiro.	Población infantil con edad < 1 año.	Identificar la cobertura de los cuidados primarios prestados a la población materno-infantil.	Demostró una baja cobertura de actividades sencillas de promoción, prevención y vigilancia en los niños, como el monitoreo del crecimiento (70%).	Estos resultados indicaban la baja calidad de la asistencia en la atención básica y eran aún más alarmantes ya que la población más vulnerable estaba subrepresentada en el estudio. Sin embargo, no se especifican características del proceso de atención en APS o sus atributos.
Svitone E.C., Garfield R., Vasconcelos M.I. y Craveiro V.A., 2000. [61]	Estudio comparativo de datos secundarios antes y después de una intervención (PACS-PSF).	Ceará.	Población del estado de Ceará.	Comparar indicadores de salud de fuentes de datos secundarios antes y después de la introducción del programa PACS-PSF en Ceará.	Reducción de 48% para 23% en el número de niños muertos por diarrea/año, aumento en el número de niños menores de 3 años de edad que tuvieron por lo menos una consulta médica (5 para 50%), aumento en el número de embarazadas que realizaron prenatal, de niños con registro del peso en el gráfico de crecimiento, del uso del suero de rehidratación en episodios de diarrea y de niños con la vacunación básica actualizada. El descenso en la mortalidad infantil entre 1987 y 1990 ha sido de 32% en *Ceará* (95 para 65 per 1.000 nacidos vivos), mientras en Brasil ha sido de 10% (52 para 47 per 1.000 nacidos vivos).	Una de las primeras evidencias sobre el papel de esto nuevo modelo de atención básica - PACS-PSF – en *Ceará*, un estado con fuertes desigualdades socioeconómicas y pionero en la implantación de los agentes comunitarios de salud (ACS).
Conill E.M., 2002.[62]	Metodología cuanti-cualitativa: lectura de documentos, encuestas semi-estructuradas	Florianópolis, Santa Catarina,	5 equipos del PSF de Florianópolis, sus profesionales y la población adscrita, 1994-2000.	Evaluar la implantación y el proceso de atención del PSF en Florianópolis.	Se identificaron aspectos negativos relacionados a la baja proporción de recursos humanos por población adscrita y a las dificultades de acceso al nivel	Las conclusiones del estudio indicaban aspectos contradictorios en la implantación y funcionamiento de los equipos del PSF, con baja coordinación

Continuación en la página siguiente.

	a informadores -clave (gestores y usuarios), observaciones de campo y análisis de datos secundarios - Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB).				secundario de la atención. Aspectos positivos: la presencia de los agentes comunitarios de salud y su papel como visitadores domiciliares y la práctica asistencial de todo el equipo centrada en la integralidad, con fuerte componente de promoción de salud y de prevención de enfermedades.	(potencialidad de referencia y contra-referencia) y dificultades de acceso.
Stein A. T., Harzheim E., Costa M., Busnello E. y Rodrigues L.C., 2002.[63]	Estudio transversal.	Porto Alegre, RS.	Usuarios adultos de la Urgencia del *Hospital Nossa Senhora da Conceição*, en 1996.	Comparar usuarios que tenían un médico de APS con los que no tenían en relación al origen urgente o electivo del problema de salud que los llevaron a consultar en la urgencia.	Cerca de 40% de las consultas eran por problemas electivos. Se verificó una fuerte asociación entre la continuidad de la atención por un médico de atención primaria y la búsqueda de la urgencia por condiciones urgentes.	La existencia de una relación de continuidad entre el usuario y un médico de APS puede influir positivamente en la organización del sistema sanitario, a través de la optimización de los flujos de pacientes y de su resolutividad.
Trad L.A.B., Bastos A.C.S., Santana E.M., Nunes M.O., 2002.[64]	Estudio etnográfico (grupos focales y encuestas a informadores -clave).	5 municipios del interior del estado de Bahia, en 2000.	Población adscrita a los equipos del PSF estudiados.	Evaluar cualitativamente la satisfacción de los usuarios de equipos del PSF.	Se identificó alto grado de satisfacción de los usuarios relacionado al mayor acceso a los médicos, a la mejora del nivel de información sobre el proceso salud-enfermedad y a la existencia de visitas domiciliares. Niveles bajos de satisfacción estaban asociados a la existencia de colas para la realización de consultas médicas y a la dificultad de acceso al nivel secundario y terciario de la atención.	Indica la existencia de mejoría parcial en el acceso al nivel primario y a la orientación comunitaria y aptitud cultural, pero con baja satisfacción relacionada a la coordinación y al acceso a consultas médicas.
Ferreira M.L.M, Ferreira L.O. C., Silva A. A., Batista-Filho M., 2003.[65]	Estudio comparativo antes y después de una intervención.	Caruaru, Pernambuco.	Niños entre 6-24 meses de edad en áreas de actuación de los equipos del PSF en Caruaru.	Evaluar la efectividad de la aplicación de sulfato ferroso en dosis semanales a niños en riesgo de anemia.	Al cabo de 6 meses, se observó una reducción de la prevalencia de anemia de 77,5% para 40.3% en la población estudiada.	A pesar de la debilidad metodológica, muestra intervención sencilla y exitosa llevada a cabo por equipos del PSF.
Figueiras A.C.M., Puccini R.F. Silva E.M.K. y Pedromônico M.R.M., 2003.[66]	Estudio transversal.	Belém, Pará, en 2001.	Médicos de los equipos del PSF y de las USs y las madres de los niños menores de 5 años de edad en consulta.	Comparar la práctica de monitoreo del desarrollo infantil realizado por médicos del PSF y por médicos de las Unidades Sanitarias.	Las respuestas de los médicos y de las madres fueron contradictorias. Para las tres actividades de monitoreo analizadas – verificación de la opinión de las madres sobre el desarrollo, realización por el profesional de la exploración de rutina del desarrollo y orientaciones a las madres sobre el desarrollo infantil –	Estos resultados indicaron una débil actuación preventiva (integralidad) por parte de los profesionales o, por lo menos, un bajo nivel de comunicación (continuidad) entre los médicos de atención básica de *Belém* y las madres de los niños acompañados.

Continuación en la página siguiente.

					entre 65-70% de los médicos contestaron realizar las 3 actividades, mientras solamente 15-28% de las madres contestaron que los médicos las realizaban.	
Lessa A.C., Devicenzi M.U. y Sigulem D.M., 2003.[67]	Estudio comparativo antes y después de una intervención.	São Paulo, São Paulo.	Población infantil adscrita a un centro de atención básica a la salud.	Comparar aspectos nutricionales de dos grupos de niños entre 12 y 24 meses de edad, antes y después del establecimiento de un programa de prevención de carencias nutricionales	Fueron observadas diferencias significativas cuanto al mayor tiempo de lactancia materna exclusiva, menor prevalencia de desnutrición, de riesgo nutricional y de anemia en los niños después del establecimiento del programa.	A pesar de la debilidad metodológica, muestra intervención sencilla y exitosa llevada a cabo por equipos de atención básica.
Moura E.R.F., Holanda Junior F. y Rodríguez M.S.P., 2003. [68]	Estudio descriptivo.	8 municipios del interior de Ceará, en 2001.	Gestantes en acompañamiento prenatal en equipos del PSF.	Evaluar la cobertura y la calidad de la atención prenatal realizada por equipos del PSF.	Se identificó gran cobertura de la atención prenatal, con acompañamiento mensual por agente comunitario de salud en cerca de 90% de las embarazadas, con proporción semejante de vacunación adecuada para el tétanos, pero con baja captación de las embarazadas durante el primer trimestre (58%) y con reducido número de gestantes con más de 6 consultas prenatales (18%), siendo la mayor parte de estas consultas realizadas solamente por enfermeras	Estos números indicaban mejor cobertura frente a estudios anteriores conducidos en la región, pero todavía indicaban una actuación débil del equipo frente a la integralidad y la continuidad de la atención prenatal.

Hasta el presente momento, estos resultados no pueden ser considerados concluyentes. Los estudios brasileños apuntan, en conjunto, que el avance de la atención básica a través del PSF posibilitó la mejoría de algunos aspectos de la atención y su efecto sobre los resultados en salud, pero todavía hay mucho camino por andar hasta una atención de fácil acceso, caracterizada por la continuidad e integralidad del cuidado, con buena coordinación entre los distintos niveles de la atención. Iniciativas de evaluación, como las descritas en el Cuadro 2, a pesar de en muchos casos presentaren diseños observacionales con bajo nivel de evidencia, son importantes para acumular conocimiento sobre la realidad de la atención primaria en Brasil. En el Cuadro 3, se resume la evidencia ya presentada en los Cuadros 1 y 2.

Todavía es necesaria mayor producción científica en el campo de la atención primaria. Estudios con diseños epidemiológicos más robustos, con mayores grados de evidencia, son fundamentales para que el papel de la APS frente a las inequidades en salud y a las condiciones clínicas comunes sea mejor definido. Además de la necesidad de más estudios, la metodología utilizada para evaluar servicios de atención primaria debe ser rigurosa en su capacidad de identificar adecuadamente lo que es o no un servicio de APS. La utilización de metodología que permita la identificación de los atributos de la APS y, de esta manera, la comparabilidad de su extensión entre distintos servicios es fundamental. En Brasil, la identificación empírica de los atributos de la APS en los servicios de atención básica, PSF o US, y sus efectos sobre la condición de salud de la población tienen importancia capital. El proceso de desarrollo del SUS, a través de la universalidad de acceso vía PSF y de su papel reorganizador de los otros niveles de atención, aún enfrenta muchos desafíos y opositores no declarados. La construcción de un cuerpo de conocimiento sobre la atención primaria en Brasil podría tener efectos nacionales e internacionales muy relevantes para la toma de decisiones en nivel de las políticas públicas redistributivas.

Cuadro 3. Evidencias sobre la APS y sus atributos: estado del arte.

¿Qué se sabe del tema?

Investigaciones Internacionales

Sistemas nacionales de salud con fuerte orientación hacia la APS ► mejores indicadores de salud con menor coste;

Mayor proporción de médicos de APS / población ► mejores indicadores de salud (bajo peso al nacer, mortalidad general, mortalidad infantil, expectativa de vida), mejor auto-percepción de salud, reduciendo el efecto negativo del bajo nivel socioeconómico;

Servicios de salud basados en APS ► disminución de muertes evitables en adultos, equidad en el acceso a servicios públicos de salud por la población infantil;

Acceso a servicios de salud basados en APS ► disminuye visitas no-urgentes a urgencias;

Servicios de APS ► disminuyen ingresos hospitalarios por condiciones sensibles a cuidados de ambulatorio en niños;

Servicios de APS ► aumentan la cobertura de actividades de promoción y prevención en niños (vacunación, prevención fiebre reumática);

Continuidad ► mayor satisfacción, mayor adhesión a intervenciones terapéuticas, disminución del tiempo de consulta y de pruebas diagnosticas, mayor utilización de conductas expectantes, disminución de visitas no-urgentes a urgencias;

Continuidad y coordinación ► realización adecuada de prácticas preventivas.

Investigaciones Brasileñas

Alta satisfacción en servicios de atención básica ► alta resolutividad percibida por el paciente;

Continuidad con médico de APS ► disminuye consultas no-urgentes en urgencias;

PACS ► aumenta cobertura de actividades de promoción y prevención, disminuye mortalidad infantil;

Servicios de atención básica o PSF en Brasil ► calidad variable, dependiendo del estudio;

Intervenciones nutricionales y educativas en el contexto de la APS ► reducen déficit nutricional y prevalencia de anemia;

PSF ► gran satisfacción con el mayor acceso al nivel primario, baja satisfacción con el difícil acceso al nivel secundario y terciario;

Servicios de atención básica (PSF / US) ► baja frecuencia de actividades de vigilancia del desarrollo infantil.

¿Qué se puede añadir con el presente estudio?

Validación de metodología empírica para medir la presencia y la extensión de los atributos de la APS;
Relación entre los atributos de la APS y la calidad de la atención (satisfacción, salud infantil percibida por cuidadores, actividades de promoción y prevención).

1.11 APS en Porto Alegre

La implantación del PSF en Porto Alegre (POA) se inició en 1996, con 23 equipos. En POA cada equipo del PSF cuenta con un médico, una enfermera, dos auxiliares de enfermería y 4-6 agentes comunitarios, responsables por un área de actuación geográficamente definida, compuesta por aproximadamente 4.000 personas (800-1000 familias). La distribución de los equipos dentro del municipio pretendió reducir las inequidades de acceso a los servicios de salud, siendo elegidas preferentemente áreas caracterizadas como "vacíos de atención". La población de estas áreas no poseía acceso definido a un servicio de atención básica, utilizando como puerta de entrada del sistema de salud las urgencias hospitalarias o centros de urgencia no hospitalarios. Además, la población residente en estas áreas tenía bajo nivel socioeconómico, constituyéndose predominantemente por personas con renta per capita inferior a un salario mínimo (<US$ 80,00). Dentro de este contexto fueron utilizados algunos criterios para la selección de áreas de implantación como: áreas con indicadores socioeconómicos desfavorables, áreas de asentamiento humano reciente y áreas con indicadores epidemiológicos desfavorables. Otro aspecto importante en la definición de las áreas de implantación fue la movilización política de las propias comunidades, donde comunidades más organizadas tuvieron mayor facilidad en cumplir su parte en el contracto de implantación (participación en los consejos locales de salud y establecimiento de convenio con el ayuntamiento)[69]. En septiembre de 2001, el PSF contaba con 28 equipos en el municipio de Porto Alegre, distribuidas por casi todos los distritos sanitarios de la ciudad. Hoy, en 2004, están en funcionamiento más de 60 equipos.

Además de los equipos del PSF, la ciudad de Porto Alegre cuenta con una amplia red de atención básica, pero todavía no hay acceso concreto a toda la población (1.600.000 habitantes). Existen dos servicios de salud (*Serviço de Saúde Comunitaria do Hospital Nossa Senhora da Conceição* y el *Centro de Saúde Escola Murialdo*) formadores de médicos especialistas en medicina de familia, en la región norte de la ciudad, que, a través de 20 centros de salud, asisten a cerca de 180.000 habitantes. El *Serviço de Saúde Comunitaria* tiene administración federal, mientras el *Centro de Saúde Escola Murialdo* es administrado por el estado del Rio Grande do Sul.

Existen, también, cerca de 50 Unidades Sanitarias (US) responsables de la atención básica de una parte importante de la población. Estas USs tienen origen administrativo distinto, algunas siendo provenientes del ya extinto *Instituto Nacional de Previdencia Social* (el antiguo seguro enfermedad de los trabajadores), mientras otras son originarias del gobierno estatal o del propio poder municipal. Desde 1996, año de la municipalización de la salud en Porto Alegre, todas las USs están bajo responsabilidad de la Secretaria Municipal de Salud (SMS-POA) uniformizando sus actividades, ya integradas en las políticas, estrategias y programas del municipio. No obstante, las USs no poseen uniformidad sea al número de profesionales trabajando, sea a la proporción profesionales/población. Además, los equipos de las USs poseen profesionales de salud (odontólogos, médicos especialistas, entre otros) que no forman parte de los equipos del PSF. Pero, por otro lado, las USs no cuentan con agentes comunitarios. En el Cuadro 4, se muestran las principales diferencias entre las unidades del PSF y las USs.

Cuadro 4. Principales diferencias entre unidades del PSF y US en Porto Alegre, 2002.

PSF	US
Profesionales: médico, enfermera, auxiliares de enfermería, ACS.	Profesionales: médicos especialistas (pediatra), psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, odontólogos, otros profesionales de salud.
Remuneración diferenciada, no son funcionarios.	Funcionarios del municipio.
Área adscrita, acceso solamente a los habitantes del área.	Área adscrita, pero con libre acceso de cualquier ciudadano.
Proximidad geográfica de la unidad.	Unidad con posición geográfica variable.
Responsabilidad por el SIAB.	No utilizan el SIAB.

Todos los servicios públicos de atención básica en Porto Alegre participan del *Programa Prá-Nenê* de la SMS-POA. Este es un programa de vigilancia del crecimiento y del desarrollo infantil durante el primer año de vida. El *Prá-Nenê* pretende homogeneizar las acciones clínicas de cuidado de los niños (número de consultas, intervenciones preventivas, entre otras) y, también, alimentar una base de datos con el objetivo de ejercer vigilancia epidemiológica sobre este período vulnerable de la salud de los niños.

1.12 ¿Cómo evaluar la APS?

La evaluación de una estrategia de la magnitud del PSF es una tarea que exige la participación de diversas instituciones y profesionales, en un esfuerzo colectivo continuo y perseverante. Dada la amplitud propia de la atención primaria de salud, una propuesta de su evaluación necesariamente debe restringirse a una de sus perspectivas. Dentro de este contexto, nuestra investigación se centra en la relación entre los servicios de atención básica (PSF y USs) y la salud infantil en la región sur del municipio de *Porto Alegre*. La elección de este grupo de edad fue basada en la propia priorización del PSF y de la SMS-POA, así como en la vulnerabilidad de este grupo frente a las inequidades en salud. Felizmente, la salud de los niños es también vulnerable a numerosas intervenciones – vacunación, vigilancia del crecimiento y desarrollo, rastreos diagnósticos, terapéutica de rehidratación oral, prevención de fiebre reumática, entre otras – que actúan eficazmente sobre su situación de salud. En este sentido, diversos estudios han demostrado los efectos de la atención médica sobre a mejora de la salud infantil, especialmente la eficacia de medidas simples referentes al contexto de la atención primaria[9, 70, 71]. Además, la existencia de una herramienta, ya validada en los EEUU, de medición de los atributos de la APS dirigida específicamente a la población infantil - PCATool (*Primary Care Assessment Tool* – Herramienta de Valoración de la Atención Primaria) - reforzó la decisión de elegir este grupo de edad como sujeto del presente estudio.

La propuesta de evaluar servicios de atención básica desde la perspectiva de la salud infantil abre muchas posibilidades metodológicas. Para la definición de la metodología de evaluación más apropiada al contexto actual de la APS en Brasil, a la necesidad internacional de conocimiento sobre la efectividad de la APS y a la verificación de la calidad de la atención en los servicios de atención básica de la región sur de Porto Alegre se ha basado en el marco teórico evaluativo de Donabedian[72] (estructura, proceso, resultados), de Starfield[13] y en la sugerencias de evaluación de la calidad del *Institute of Medicine* citada por Mangione-Smith y McGlynn[73].

Estas sugerencias son:

1. El desempeño de calidad y de resultados ocurre en un continuo, desde el no-aceptable al excelente;
2. El objeto de la investigación es limitado a la estructura, proceso y resultados del cuidado provisto por el servicio de salud;
3. La calidad puede ser abordada en niveles múltiplos;
4. Debe establecerse una relación clara entre proceso y resultado;
5. El uso de evidencias científicas, o consensos profesionales, debe guiar la elección de las actividades que se evaluarán, esto es, evaluar las actividades que efectivamente mejoran los resultados en salud.

Abajo, se explica sucintamente cada una de estas sugerencias.

Continuo de Calidad

La calidad debe ser medida de modo estructurado y cuantificable que permita comparaciones a través de otros servicios, sistemas o poblaciones diferentes. En este sentido, la población infantil, generalmente saludable, tiene baja incidencia de eventos de morbimortalidad, haciendo difícil la comparación a través de tasas de mortalidad o prevalencia/incidencia de eventos mórbidos. Así, un elemento clave en la evaluación de servicios de atención a la salud infantil es la evaluación de actividades preventivas. Por lo tanto, las encuestas a los padres (o cuidadores) pueden ser el mejor método para determinar la calidad de las recomendaciones preventivas de los profesionales.

Objeto de la investigación

El objeto de la investigación puede, según Donabedian, abordar una o más de 3 dimensiones: estructura, proceso y resultados. Estructura se refiere a las condiciones materiales o de funcionamiento del servicio de salud (accesibilidad geográfica, horarios, comodidad). Proceso, quizá el objeto más directo para evaluar la calidad del cuidado, se refiere a los procedimientos presentes en la relación proveedor-usuario (cobertura de actividades preventivas, comunicación médico-paciente). La evaluación de proceso es muy relevante cuando se ha establecido una relación clara entre la presencia de la medida (cobertura vacunal) y el resultado (reducción de la incidencia de la enfermedad prevenible por vacunación),

principalmente cuando el resultado es difícil de medir (enfermedad de baja incidencia). Resultados son el objetivo final del cuidado, la última expresión de la efectividad del cuidado (indicadores de morbimortalidad, de calidad de vida, la satisfacción, la utilización, el coste)[74].

Niveles de la evaluación

Representa los distintos niveles desde donde se puede partir el proceso evaluativo: el sistema de salud, los servicios de salud, el profesional de salud. Por supuesto, existe una interrelación muy fuerte entre los distintos niveles de evaluación.

Relación proceso-resultados

El establecimiento de la relación entre procesos y resultados favorables es de gran importancia, particularmente en el caso de los niños, por la particularidad de su proceso salud-enfermedad, además de la gran incidencia de enfermedades auto-limitadas en ellos.

Uso de evidencias o consensos

Las medidas de evaluación deben ser basadas en procesos de atención que tengan evidencia científica clara, o en la falta de estas, por lo menos en consensos de profesionales bien establecidos y difundidos entre los profesionales clínicos.

1.13 Justificación

Con la llegada de reformas del sector salud en diversos países, muchas orientadas al crecimiento de la APS y al énfasis en la prevención, es imprescindible una combinación de ensayos clínicos y de investigaciones rigurosas sobre las características del proceso de atención para definir los beneficios ofrecidos por la APS y por la práctica preventiva. Ambos tipos de investigación son capaces de producir la integración necesaria del conocimiento clínico al conocimiento de la efectividad de las formas de organización de los servicios de salud[75].

En el contexto brasileño, la coordinación del Departamento de la Atención Básica del Ministerio de la Salud en 2002 afirmaba: “También en el área de evaluación es preciso avanzar en la construcción de metodologías de evaluación permanente de la atención básica y en la incorporación de la práctica de evaluación como herramienta indispensable para la gestión.... Es preciso avanzar en la dirección de una metodología que permita el análisis de proceso de los grados de implantación de la estrategia, en una perspectiva creciente que apunte para algo como la certificación o acreditación de las unidades básicas de salud de la familia”[53]. El propio Consejo Nacional de Salud, órgano fiscalizador del SUS compuesto por gestores y usuarios, refiriéndose a la atención básica, orientó la realización de “acompañamiento y evaluación permanente con adecuada información y vigilancia...de los resultados finales (eficacia en términos de salud y satisfacción) y del proceso de cumplimiento de los principios básicos del SUS.”[76] Así, investigaciones que evalúan los resultados del PSF y de la APS son fundamentales para apuntar los caminos que deben ser seguidos para implantación definitiva de las directrices y de los principios del SUS.

Como cita Bodstein (2002)[51] ”A partir del cuestionamiento sobre la implantación o no de un programa es importante comparar el diseño y las características de la intervención planeada con aquellas de la intervención realmente implantada, ya que el proceso de implantación necesariamente altera y modifica la propuesta original”. La definición de indicadores de proceso – atributos de la APS - y de resultados intermediarios es muy importante por su poder de explicar el rumbo de los cambios aplicados y sus posibles impactos en los resultados finales[51].

Así, surge la necesidad de evaluación de la efectividad real del PSF y de las USs en cumplir con los atributos esenciales de la APS (evaluación de estructura-proceso) y de mejorar la condición de salud de la población infantil, reduciendo las inequidades presentes (evaluación de resultados). El modelo de atención del PSF y de las USs en Porto Alegre es definido como un modelo de atención a todas las edades, que dirige mucho de sus esfuerzos para la mejora de los indicadores de salud de la población infantil (prenatal, cobertura de inmunización, vigilancia del crecimiento y desarrollo, tasa de hospitalizaciones y tasa de mortalidad). Tiene como algunas de sus prioridades la atención prenatal, las actividades de puericultura, las

visitas a los recién-nacidos, el acompañamiento de los desnutridos y de los recién-nacidos de bajo peso, la vacunación, la lactancia materna, entre otras[69, 77]. Así, el enfoque de nuestro estudio sobre las relaciones entre el PSF, las USs y la salud infantil es contextualmente relevante.

La opción por evaluar la salud infantil se ha debido también al hecho del PSF estar en funcionamiento hace un corto período de tiempo en Porto Alegre, no posibilitando aún la verificación de sus efectos sobre la salud de los adultos. La existencia de grandes diferencias en las condiciones de salud de niños de distintas clases sociales y / o de distintas regiones de la ciudad refuerza la necesidad de evaluarse el papel de la APS sobre este grupo de edad muy vulnerable a los efectos de las inequidades.

En este sentido, Blumenthal (1995)[78], al revisar la evidencia de la APS sobre grupos poblacionales vulnerables, concluyó que la literatura sobre la eficacia de los atributos de APS es poco abundante, siendo necesaria la realización de estudios de evaluación que definan claramente que atributos están siendo evaluados y cual su efectividad. De esta manera, la validación de una herramienta de medición de los atributos de la APS es importante para el contexto actual de crecimiento de la APS en Brasil.

Veinte cinco años después de Alma-Ata, el nivel de evidencia de la efectividad de la APS es todavía insuficiente frente al gran número de experiencias nacionales de introducción de la APS como base de los sistemas nacionales de salud. Investigaciones que apunten la relación entre la APS, sus atributos y sus posibles resultados sobre la salud de la población son fundamentales para el direccionamiento de las políticas distributivas en el ámbito sanitario, especialmente en países con alto nivel de desigualdad. Así, la presente investigación pretende contribuir en la definición de la relación entre los atributos de la APS y la salud infantil. En el escenario internacional de desigualdades, nuestro estudio pretende ser una herramienta para auxiliar en la construcción del conocimiento sobre el impacto real de la APS sobre la salud infantil.

2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Hipótesis principal

Los servicios públicos de atención básica a la salud (PSFs y USs) de la región sur de Porto Alegre presentan las características esenciales de la atención primaria, contribuyendo efectivamente a la mejora de los indicadores de salud infantil.

2.2. Hipótesis secundarias

El modelo de atención a la salud infantil de los servicios públicos de salud (PSFs y USs) de la región sur de Porto Alegre cumple con los atributos esenciales y derivados de la atención primaria;

Los niños que reciben atención a su salud con mayores Valores de APS[II] presentan mejor grado de salud percibido por el cuidador, mejores condiciones de salud, mayor satisfacción y mayor cobertura de actividades preventivas que los niños de igual estrato socioeconómico que reciben atención sanitaria con menor Valor de APS.

2.3. Objetivos generales

Validar la Herramienta de Valoración de la Atención Primaria en Pediatría (*PCATool*);

[II] Valores de APS: en el original en inglés sería *Primary Care Score* cuyo significado es el grado de la presencia y extensión de las dimensiones de la APS.

Investigar la asociación entre el grado de la extensión de los atributos de la APS (Valor de APS) y la satisfacción de los usuarios-cuidadores, el grado de salud percibido por el cuidador, las actividades preventivas y la condición de salud de los niños de menos de 2 años adscritos a los servicios públicos de salud de la región sur de Porto Alegre.

2.4 Objetivos específicos

Validar la Herramienta de Valoración de la Atención Primaria en Pediatría (PCATool) en Brasil;

Identificar la proporción de los niños con edad menor de 2 años registrados en los servicios de atención básica a la salud que realmente tiene el servicio público de salud como servicio preferente de consulta;

Comparar la satisfacción de los usuarios-cuidadores, el grado de salud percibido por el cuidador, las actividades preventivas y la condición de salud de los niños entre los dos tipos de servicios básicos de salud, los PSFs y las USs.

Identificar la presencia y la extensión de los atributos esenciales y derivados de la APS en la atención sanitaria recibida por la población infantil adscrita a los servicios públicos de salud (PSFs y USs) de la región sur de Porto Alegre;

Comparar el grado de la extensión de la APS (Valor de APS) entre los dos tipos de servicios básicos de salud, los PSFs y las USs;

Investigar la asociación entre el grado de la extensión de la APS (Valor de APS) y la satisfacción de los usuarios-cuidadores, el grado de salud percibido por el cuidador, las actividades preventivas y la condición de salud de los niños de menos de 2 años de edad adscritos a los servicios públicos de salud de la región sur de Porto Alegre.

3. METODOLOGÍA

Para la evaluación de los servicios de APS de Porto Alegre, tanto en nivel de proceso, como de resultados, partimos de la perspectiva de la salud infantil. Realizamos la evaluación del proceso a través de la aplicación de la encuesta PCATool que mide la presencia de los atributos esenciales y derivados de la atención primaria en un servicio de salud. Esta encuesta fue aplicada a la población de 0-2 años de edad perteneciente a los registros de los servicios públicos de salud de la región sur de Porto Alegre. Conjuntamente con la aplicación de esta encuesta, ha sido evaluada la prevalencia de actividades preventivas en esta población, la satisfacción del usuario-cuidador frente al servicio de salud, el grado de salud del niño percibido por el cuidador y la condición de salud de los niños. Las actividades preventivas evaluadas fueron aquellas que presentan evidencias científicas de grado "A" o "B", recomendadas por el *Canadian Task Force*[79], por el Ministerio de la Salud de Brasil y por el *Programa Prá-Nenê* de la SMS-POA. Resultando las siguientes: la asistencia prenatal, la detección precoz para fenilcetonuria y hipotiroidismo, la lactancia materna, la vacunación, la vigilancia del crecimiento a través del gráfico del peso, el uso de sulfato ferroso y de las vitaminas A+D en el primer año de vida y el uso de terapia de rehidratación oral en caso de diarrea[80, 81, 82, 83, 84, 85].

3.1. Localización del estudio

El estudio fue realizado en la región sur del municipio de Porto Alegre, capital del Rio Grande do Sul, estado situado en el extremo sur de Brasil. Porto Alegre tiene una población de aproximadamente 1.600.000 habitantes y está dividida en 16

distritos sanitarios (Figura 4). Para cada 2 distritos sanitarios existe una Gerencia de Distrito, responsable por la gestión descentralizada de la red de servicios de salud de la ciudad. Las áreas de responsabilidad de cada Gerencia de Distrito son coincidentes con las áreas del Presupuesto Participativo[III]. La región sur de la ciudad, con aproximadamente 260.000 habitantes, comprende 4 distritos sanitarios (*Centro-Sul, Restinga, Extremo-Sul y Sul* – ver Apéndice 1 y 2).

En el año de 1999, la tasa de mortalidad infantil en el *Distrito Sul* era de 14,6 / 1.000 nacidos vivos (3° más elevada del municipio), mientras en el *Distrito Extremo-Sul* esta tasa alcanzaba el menor valor dentro del municipio, 3,5 muertes/1.000 nacidos vivos[86]. La magnitud de la diferencia en los indicadores de salud entre estos distritos, la presencia de un número adecuado de servicios públicos de salud y criterios logísticos (seguridad de los encuestadores) fueron tomados en consideración para la definición de la región a ser estudiada.

Los servicios públicos de salud de esta región en el año de 2002 comprendían 8 equipos del PSF (*São Vicente Mártir, 5ª Unidade, Castelo, Chácara do Banco, Alto Erechim, Cidade de Deus, Morro dos Sargentos* y *Ponta Grossa*) y 13 Unidades Sanitarias (*Belém Novo, Beco do Adelar, Calábria, Camaquã, Campo Novo, Ipanema, Jardim das Palmeiras, Lami, Macedonia, Monte Cristo, Nonoai, Restinga* y *Tristeza* – Apéndice 1 y 2). El PSF *5ª Unidade* y la Unidad Sanitaria *Campo Novo* no han sido incluidas en el estudio por haber empezado sus actividades en el año de 2001. La US *Lami* ha sido excluida porque su área de cobertura tiene mayoritariamente característica rural, diferenciándose de las otras áreas, mayoritariamente urbanas. La población de esta región utiliza, también, otros recursos públicos de salud, como: centros de urgencias 24 horas (*Centro de Salud Vila dos Comerciários* y *Ulbra)* y hospitales públicos y privados (*Hospital Presidente Vargas, Hospital de Clínicas de Porto Alegre y Hospital da Brigada Militar)*. Una parte importante de la población también tiene acceso a médicos y servicios de salud privados (clínicas) a través de pago directo o a través de mutuas (seguros) de salud.

[III] El Presupuesto Participativo es un proceso por el cual la población decide, de forma directa, la aplicación de los recursos en obras y servicios que serán ejecutados por la Administración Municipal. Se inicia con reuniones preparatorias cuando el Ayuntamiento rinde cuentas del ejercicio anterior y presenta el plan de inversión financiera y de servicios para el año siguiente. En las asambleas de las 16 regiones la población elige las prioridades para el municipio.

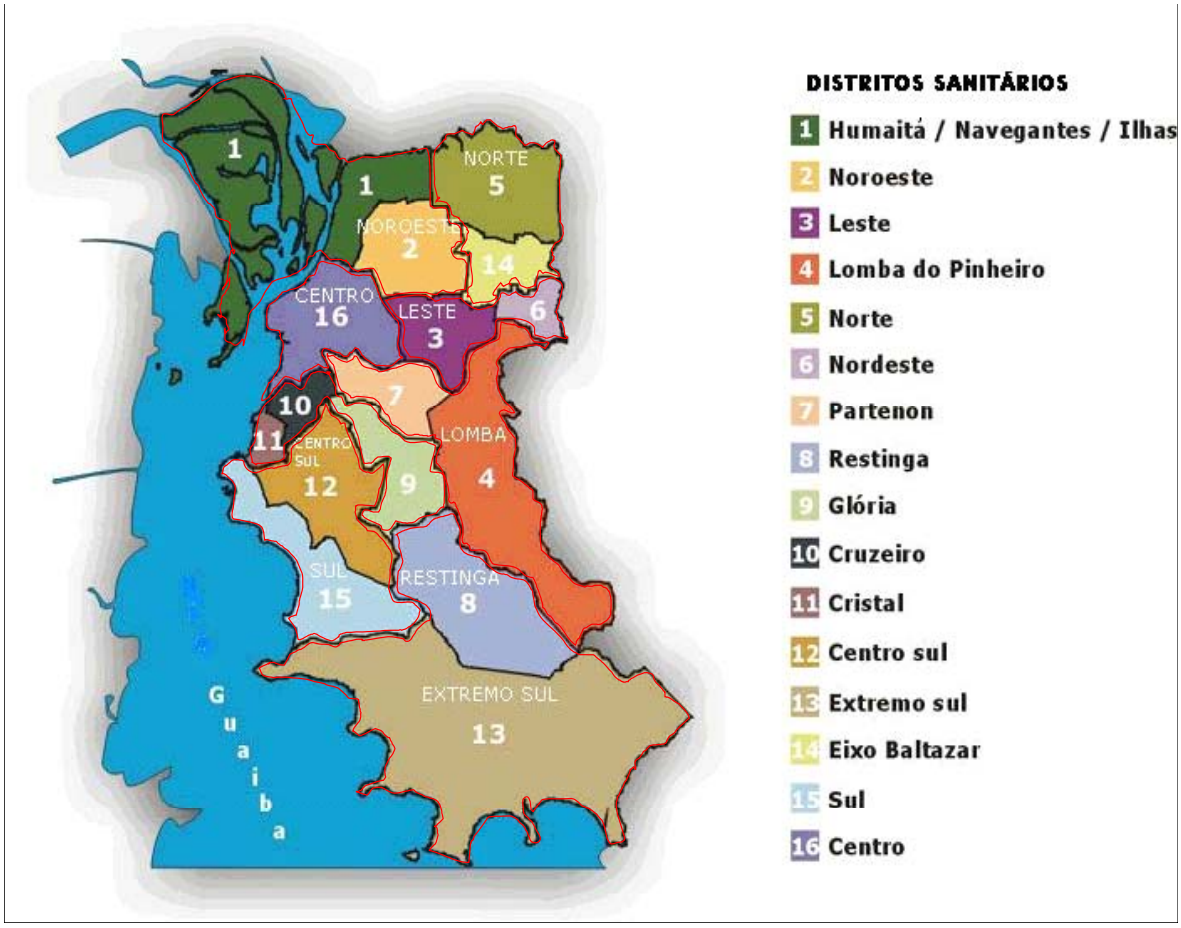


Figura 4. Mapa de los Distritos Sanitarios de Porto Alegre, 2002.

3.2 Diseño de la investigación

Estudio transversal analítico de validación de la versión infantil de la encuesta PCATool (*Primary Care Assessment Tool* – Herramienta de Valoración de la Atención Primaria) y de evaluación de los distintos servicios públicos de atención básica a la salud (PSFs y USs) de la región sur de Porto Alegre.

3.3 Muestreo y recogida de datos

Fueron incluidos en el estudio los servicios de salud que ya estaban en funcionamiento por lo menos desde 1997, intentando con ello proporcionar datos

referentes a un mayor contacto temporal entre la población y los servicios. El universo del estudio ha sido la población de niños menores de 2 años de edad residentes en la región sur del municipio de Porto Alegre que pertenecían al registro de los servicios públicos de salud (PSFs y USs) seleccionados. Así, el muestreo ha sido definido a través de la práctica de muestreo aleatorio sistemático desde el registro de los niños de los distintos servicios. Las encuestas fueron pasadas al cuidador principal del niño seleccionado, identificado a través de la pregunta: ”¿Quién es la persona que mejor sabe informar sobre la salud del niño (nombre del niño)?”.

3.3.1. Criterios de inclusión

Para el niño:

- Ser habitante del área de cobertura del PSF y / o de la US durante todo su período de vida (0-2 años);
- Tener menos de 2 años de edad;
- Haber utilizado en el último año por lo menos 1 vez el servicio en cuestión (PSF / US).

Para el cuidador:

- Tener más de 15 años de edad.

3.3.2 Criterios de exclusión

Para el cuidador:

- No tener condiciones físicas / mentales para contestar a las encuestas, según la evaluación de uno de los coordinadores del trabajo de campo.

3.4 Estudio Piloto

Fueron realizados dos estudios piloto. Uno para el entrenamiento de los encuestadores, cuando fueron realizadas de 1 a 2 encuestas por encuestador en

una comunidad de la región este de la ciudad, con características socioeconómicas, culturales y de servicios de salud semejantes a la población diana del estudio.

El segundo estudio piloto ha sido realizado a fin de ayudar en la definición de la muestra del estudio. Como no había datos en la literatura y tampoco en la SMS-POA sobre la comparación entre las unidades de salud del PSF y de las USs, fue necesario recoger datos primarios para estimar las frecuencias esperadas de las principales variables en estudio. Para ello, una de las coordinadoras del estudio de campo (RM) ha realizado 18 encuestas en el área de cobertura de la *US Bananeiras* (región este), que fueron comparadas con las primeras 30 encuestas del estudio, realizadas en el área de cobertura del *PSF Morro dos Sargentos* (región sur). Posteriormente, estos datos fueron utilizados para el cálculo de la muestra, descrito en detalle en la sección siguiente.

3.5 Muestreo y tamaño de la muestra

Los niños fueron seleccionados a través de muestreo aleatorio sistemático a partir del registro de los dos tipos de servicios de atención básica a la salud incluyendo los 7 equipos del PSF (*São Vicente Mártir, Castelo, Chácara do Banco, Alto Erechim, Cidade de Deus, Morro dos Sargentos* y *Ponta Grossa*) y los 11 equipos de las Unidades Sanitarias Tradicionales (*Belém Novo, Beco do Adelar, Calábria, Camaquã, Ipanema, Jardim das Palmeiras, Macedonia, Monte Cristo, Nonoai, Restinga* y *Tristeza*). Así, en los resultados se obtuvo, al final, 3 grupos de evaluación: los niños cuyo servicio preferente de consulta eran las unidades del PSF, los niños cuyo servicio preferente de consulta eran las Unidades Sanitarias y los niños que tenían otro tipo de servicio de salud, público o privado, como su servicio preferente de consulta.

Para este cálculo ha sido utilizado el paquete estadístico EPI-INFO 6.0[87] y los siguientes parámetros:

Población diana del estudio: ~9.700 niños;

Nivel de confianza (error alfa): 95%;

Poder (error beta): 80%.

Fue calculada para cumplir con los distintos objetivos específicos del estudio. El Cuadro 5 relaciona el objetivo, la distribución de las frecuencias esperadas, los parámetros de cálculo utilizados y las muestras calculadas. Las frecuencias esperadas utilizadas para el cálculo de la muestra se originaron del estudio piloto, de artículos científicos[28, 88] o de la opinión de expertos. Para la obtención de la opinión de expertos se ha preguntado a 2 médicos de familia, ambos profesores universitarios (Mario Tavares y Francisco Arsego de Oliveira), la siguiente pregunta: ¿Cuál es la proporción de niños registrados en una unidad de salud del municipio de Porto Alegre (US / PSF) que realmente utiliza este servicio como lugar preferente de atención a su salud?

Cuadro 5. Parámetros utilizados para el cálculo de la muestra.

Objetivo	Frecuencia esperada.	Parámetros utilizados	Muestra
Validación de la encuesta (Geisinger, 1994. [88])	5 respondientes por cada ítem, total de 77 ítems.	Encuesta con número conocido de ítems	385
Identificación de los atributos de la APS (estudio piloto)	Continuidad: 85% de los niños hacen revisiones de salud siempre en el mismo servicio; Continuidad: 76% de los niños consultan con el mismo profesional; Acceso: 72% de los niños procuran el servicio a cada nuevo problema de salud.	Precisión (error aceptable): 4%	297 419 461
Asociación entre el grado de extensión de los atributos de la APS y la satisfacción de los usuarios (Hojrdthal P., Laerum E., 1992[28])	Con continuidad: 90% satisfechos; Sin continuidad: 64% satisfechos.	-	94
Proporción de niños registrados en los servicios de atención básica que tiene el servicio público de atención básica como servicio preferente de consulta (Opinión de expertos)	80%.	Precisión (error aceptable): 4%	370
Comparación US x PSF (Estudio piloto)	Continuidad (proporción de niños que consultan con el mismo profesional): 57% x 78%; Satisfacción (proporción de cuidadores que no cambiarían su servicio de salud por otro): 14% x 28%; Acceso (proporción de cuidadores que buscan el servicio de salud a cada nuevo problema del niño): 79% x 66%.		172 292 398

Así, conforme muestra el Cuadro 5, la mayor muestra calculada ha sido de 461 niños. Contando con posibles pérdidas alrededor de 10%, la muestra final ha sido definida en 500 niños distribuidos igualmente entre los dos distintos tipos de servicios públicos de atención básica a la salud de la región sur de Porto Alegre (USs=250; PSFs=250). Cada grupo de 250 niños ha sido dividido proporcionalmente entre la población de niños pertenecientes al registro de cada unidad de salud. La unidad de análisis ha sido cada niño sometido a la encuesta.

3.6 Encuestas y herramientas

Utilizamos 3 herramientas distintas en las encuestas a los cuidadores de los niños. Las 3 herramientas formaron una sola encuesta (Apéndice 3). En los siguientes párrafos, describimos cada una de ellas.

3.6.1. Encuesta estructurada sobre las condiciones de salud, actividades preventivas y condiciones socioeconómicas

Especialmente creada para este estudio ha sido formada por preguntas objetivas acerca de las condiciones de salud de los niños – enfermedades presentes, uso de medicamentos, hospitalizaciones, grado de salud percibido por el cuidador – acerca de las actividades preventivas realizadas – prenatal, lactancia materna, uso de sulfato ferroso y vitamina A+D, vacunas, vigilancia del crecimiento – y sobre las condiciones socioeconómicas – renta familiar, escolaridad de los padres, condiciones del domicilio.

3.6.2. Encuesta sobre la satisfacción de los usuarios de servicios de salud

Utilizamos la encuesta desarrollada por Kloetzel et al[89] que mide el grado de satisfacción de los usuarios con servicios de atención primaria. Ha sido desarrollada y validada en Brasil, formada por 12 preguntas sobre distintos aspectos de la atención

(acceso, cordialidad, confianza, actuación del médico, orientaciones, marcación de consultas, evaluación general) con respuestas tipo Likert de 1-5, representadas por caras con 5 expresiones distintas de satisfacción. (Apéndice 4)

3.6.3. Herramienta de Valoración de la Atención Primaria en Pediatría *(PCATool – Child Primary Care Assessment Tool)*

Desarrollada por Starfield y cols. en *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* esta herramienta, basada en el marco teórico de Starfield[14], mide la presencia y la extensión de los 4 atributos esenciales (Acceso, Continuidad, Integralidad y Coordinación) y de los 3 atributos derivados (Orientación Familiar, Orientación Comunitaria y Aptitud Cultural) de la APS y el grado de afiliación al servicio de salud. En los apartados de metodología y en la parte de validación de la herramienta, referiremos los atributos como dimensiones, denominación metodológicamente más precisa en el uso de herramientas como el PCATool.

Esta herramienta, originalmente formada por 77 preguntas sobre las 7 dimensiones de la APS, posibilita, a través de respuestas tipo *Likert*, construir valores de APS con rango de 1-4 para cada dimensión. El valor final de cada una de estas dimensiones es dado por la media de las respuestas de sus ítems. Entre las 4 dimensiones esenciales originales hay algunas formadas por más de una subdimensión de la escala. La dimensión de Acceso de Primer Contacto es formada por las subdimensiones “utilización” y por “acceso de primer contacto”. La dimensión Coordinación es formada por las subdimensiones “coordinación de sistemas de información” y “coordinación del flujo de usuarios”. La dimensión Integralidad es formada por las subdimensiones “servicios disponibles” y por “servicios recibidos”.

Originalmente, la suma de las medias de los valores de las 7 dimensiones y subdimensiones esenciales con la media del valor del grado de afiliación al servicio de salud produce el Valor Esencial de APS. La suma de la media de estos 8 valores esenciales con las medias de los 3 valores derivados produce el Valor General de APS. Tanto la versión infantil del PCATool, utilizada en este estudio, como la versión para adultos, han sido validadas en los Estados Unidos de América[19, 90].

3.7 Variables

En los Cuadros 6 a 10, describimos detalladamente todas las variables utilizadas en el estudio. Están divididas en dos grandes grupos: variables independientes y variables dependientes. Las variables independientes fueron clasificadas en 4 subgrupos: sociodemográficas, socioeconómicas, familia (red social) y características de la atención a la salud. Todas estas variables fueron recogidas a través de la encuesta formada por las 3 herramientas descritas en el apartado anterior.

Cuadro 6. Variables independientes sociodemográficas.

Variable	Definición	Escala
Edad del niño	Continua. Calculada en el momento de la aplicación de la encuesta.	Meses. 0-24.
Edad de la madre	Continua.	Años.
Edad del padre	Continua.	Años.
Edad de otro cuidador, si necesario.	Continua.	Años.
Sexo del niño	Categórica.	Masculino, femenino.
Color del niño	Categórica.	Blanco, no-blanco. Definido a través de la siguiente pregunta a la madre: "*Qual você diria que é a sua cor? E a cor de sua criança? Negra, Branca, Parda, Amarela, Indígena*"[91].
Sexo del cuidador	Categórica.	Masculino, femenino.
Estado civil del cuidador	Categórica.	Casado / Pareja de hecho, Separado, Viudo, Soltero.
Tiempo que la familia vive en la comunidad.	Continua. Tiempo de vida en la comunidad en meses.	Meses. Del valor mínimo al máximo encontrado

Cuadro 7. Variables independientes socioeconómicas.

Variable	Definición	Escala
Grado de educación de los padres	Continua. Años de estudio completados.	0 al máximo valor encontrado.
Renta familiar	Continua. Suma de la renta mensual de todos los individuos del domicilio.	0 al máximo valor encontrado.
Renta familiar per capita	Continua. Suma de la renta mensual de todos los individuos del domicilio dividido por el número de personas del domicilio.	0 al máximo valor encontrado.
Madre trabaja fuera del domicilio.	Categórica. Madre trabaja fuera del domicilio o está desempleada / trabaja en las tareas del hogar.	Trabaja fuera o desempleada / trabaja en el hogar.
Grupo socioeconómico. (ABIPEME: *Associação Brasileira de Propaganda e Marketing*[92]).	Ordinal. Construida a partir de bienes materiales de la familia y del grado de escolaridad del jefe de la familia.	A,B,C,D,E. "A" representa el grupo socioeconómico más alto y "E" el más bajo.
Desempleo.	Categórica. Presencia de uno o más desempleados en la familia.	Sí, no.
Condición de vivienda.	Categórica. Tipo de casa.	Construcción, madera, papel / lata, mixta, otros.
Número de dormitorios.	Continua. Número de dormitorios en la casa.	De 1 al máximo valor encontrado.
Agua tratada.	Categórica. Presencia de agua tratada en el domicilio.	Sí, no.
Electrodomésticos.	Categórica. Tipos de electrodomésticos presentes.	Listado de electrodomésticos.

Cuadro 8. Variables independientes sobre la familia (red social).

Variable	Definición	Escala
Número de hermanos del niño	Continua.	0 al máximo valor encontrado.
Personas en el domicilio.	Continua. Número de personas que viven en el domicilio.	De 2 al máximo valor encontrado.
Personas por dormitorio.	Continua. Número de personas que viven en el domicilio dividido por el número de dormitorios.	1 al máximo valor encontrado.
Tipo de familia	Categórica. Constitución familiar según matrimonio.	Monoparental / Parental.

Cuadro 9. Variables independientes sobre la atención a la salud.

Variable	Definición	Escala
Tiempo de acompañamiento por el equipo de salud	Ordinal. Tiempo de utilización del servicio de salud en meses.	En rangos: 0-6; 6-12; 13-24.
Número de consultas en el servicio de salud	Continua. Número de consultas del niño en el servicio de salud evaluado.	En rangos: 1-4; 5-10; 11-15; 16-20; + de 20.
	Categórica.	Dos grupos de números de consulta: $\leq$10 y $\geq$ 11 consultas en el servicio de salud.
Grado de afiliación al servicio de salud	Ordinal, creciente. Definido a través de las respuestas de 3 preguntas del PCATool-Brasil (preguntas 1,2 y 3).	1-4.
Valor de Acceso	Ordinal, creciente. Definido a través de la media de las respuestas de 6 preguntas del PCATool-Brasil (preguntas 16, 21, 22, 25, 26 y 27).	1-4.
Valor de Continuidad	Ordinal, creciente. Definido a través de la media de las respuestas de 10 preguntas del PCATool-Brasil (preguntas 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 40, 41 y 43).	1-4.
Valor de Coordinación	Ordinal, creciente. Definido a través de la media de las respuestas de 5 preguntas del PCATool-Brasil (preguntas 52, 56, 57, 58 y 59).	1-4.
Valor de Integralidad – Servicios Básicos Disponibles	Ordinal, creciente. Definido a través de la media de las respuestas de 4 preguntas del PCATool-Brasil (preguntas 60b, 60c, 60f y 60n).	1-4.
Valor de Integralidad – Servicios Complementares Disponibles	Ordinal, creciente. Definido a través de la media de las respuestas de 5 preguntas del PCATool-Brasil (preguntas 60g, 60h, 60i, 60j y 60l).	1-4.
Valor de Integralidad – Acciones de Promoción y Prevención Recibidos	Ordinal, creciente. Definido a través de la media de las respuestas de 5 preguntas del PCATool-Brasil (preguntas 61a, 61b1, 61c, 61d y 61 e).	1-4

Continuación en la página siguiente.

Valor Orientación Familiar	Ordinal, creciente. Definido a través de la media de las respuestas de 6 preguntas del PCATool-Brasil (preguntas 35, 36, 38, 39, 62 y 63).	1-4.
Valor de Orientación Comunitaria	Ordinal, creciente. Definido a través de la media de las respuestas de 4 preguntas del PCATool-Brasil (preguntas 64, 65, 66b y 66c).	1-4.
Valor Esencial de APS	Ordinal, creciente. Definido a través de la suma de las medias de los valores de acceso, de continuidad, de los 3 valores de integralidad y del grado de afiliación al servicio de salud.	6-24.
Valor General de APS	Ordinal, creciente. Definido a través de la suma de las medias de los valores de acceso, continuidad, integralidad (3 subdimensiones), orientación familiar, orientación comunitaria y del grado de afiliación al servicio de salud.	8-32.
Tipo de servicio público de salud	Categórica.	US, PSF, Otros servicios.

Cuadro 10. Variables dependientes (respuestas).

Variable	**Definición**	**Escala**
Grado de salud infantil percibido por el cuidador del niño	Ordinal. Como el cuidador cree que es la salud del niño.	Excelente, Muy Buena, Buena, Regular, Mala (5-1).
Presencia de enfermedad crónica.	Categórica. Presencia de enfermedad que dure o vaya a durar más de 1 año.	Sí, no.
Ingreso hospitalario.	Categórica. Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses.	Sí, no.
	Categórica. Causa del ingreso hospitalario.	Lista de enfermedades.
Lactancia materna: Exclusiva	Continua. Número de meses que el niño ha tenido lactancia materna exclusiva.	0 al máximo valor encontrado.
Mixta	Continua. Número de meses que el niño ha tenido lactancia materna junto a otros alimentos.	0 al máximo valor encontrado.

Continuación en la página siguiente.

Pre-natal	Continua. Número de citas de la madre con el médico durante el embarazo del niño.	0 al máximo valor encontrado.
Vacunas (difteria, tétano, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubeola, parotiditis, haemophilus influenza b, hepatitis B)	Categórica. A través de la Carné de Salud del niño.	Sin retraso, con retraso.
Peso al nacimiento	Continua. Peso del nacimiento del niño en gramos, a través de la Cartilla de Salud del niño.	Del mínimo al máximo valor encontrado.
Rastreo para fenilcetonuria y hipotiroidismo	Categórica. A través de la Carné de Salud del niño.	Sí, no.
	Continua. Número de días de vida en que ha hecho el examen.	Del valor mínimo al máximo encontrado.
Apunte del peso en el gráfico del crecimiento.	Categórica. Presencia del grafico de crecimiento con algún apunte del peso.	Si, no.
Último apunte del peso en el gráfico de crecimiento $\leq$ 2 meses.	Categórica. Presencia del grafico de crecimiento rellenado con el peso en los últimos dos meses antes de la entrevista.	Sí, no.
Uso de sulfato ferroso	Categórica. Uso de sulfato ferroso durante el primer año de vida.	Sí, no.
Uso de vitamina A+D	Categórica. Uso de vitamina A+D durante el primer año de vida.	Sí, no.
Uso de solución casera o suero de rehidratación oral (SRO)	Categórica. Uso del SRO en el último episodio de diarrea.	Sí, no.
Grado de satisfacción del cuidador con el servicio de salud	Ordinal. A través del valor obtenido a través de la media de las respuestas de la Encuesta de Satisfacción.	1-5.

3.8 Encuestadores

Los encuestadores han sido 18 estudiantes de medicina o enfermería, ciegos para las hipótesis subyacentes del estudio. Todos participaron conjuntamente en 2 sesiones de entrenamiento y del estudio piloto. Todos recibían pago por productividad colectiva. La productividad ha sido calculada a través de la división del número de

encuestas realizadas en un día de trabajo por el número de encuestadores presentes en aquel día. La decisión de pagar por productividad colectiva ha sido determinada por la dificultad de encontrar algunos domicilios, lo que eventualmente reducía la capacidad de aplicación de la encuesta para alguno de los encuestadores.

3.9 Entrenamiento de los encuestadores

Los encuestadores fueron seleccionados entre estudiantes de enfermería o medicina de 3 universidades de la ciudad de Porto Alegre. El llamamiento de voluntarios se ha realizado a través de carteles expuestos en estas universidades. Inicialmente no había financiación disponible para pagar a los encuestadores, conque todos estuvieron dispuestos a participar voluntariamente. Cada candidato a encuestador participó en 2 sesiones de entrenamiento, con 3-4 horas de duración cada. En la primera sesión fue realizada una aula teórica acerca de la APS, el sistema de salud en Brasil, sus características en Porto Alegre y los fundamentos teóricos del estudio. En esta sesión también se abordó asuntos referentes a técnicas de aplicación de las encuestas y de la conducta personal y colectiva en el campo de estudio. Entre la primera y segunda sesión, los candidatos a encuestadores aplicaron 3 a 5 encuestas a fin de familiarizarse con la herramienta. En la segunda sesión de entrenamiento, fueron discutidos los problemas encontrados en la aplicación de las encuestas y sus posibles soluciones. Además, todos participaron en el estudio piloto, realizado en una comunidad semejante a la comunidad diana del estudio, simulando todos los aspectos del trabajo definitivo. Al final del proceso de entrenamiento, los encuestadores fueron seleccionados de acuerdo con su desempeño, responsabilidad y conducta en las tareas realizadas. Del número inicial de 22 candidatos fueron seleccionados 18 encuestadores, los que presentaron mejor desempeño y mayor calidad en la aplicación de la encuesta.

Los coordinadores de campo fueron el autor de la tesis y dos médicos-residentes de medicina de familia. Las dos médicos-residentes recibieron pago por su trabajo. (Figuras 5 y 6).

Figura 5. Fotografía del grupo de trabajo en el momento de la merienda.

Figura 6. Fotografía de parte del grupo de trabajo en acción.

3.10 Manual de instrucciones

Los encuestadores recibieron, también, un Manual de Campo con las instrucciones y explicaciones sobre la manera correcta de rellenar la encuesta, la selección de los sujetos y la conducta durante el trabajo de campo (Apéndice 5). El Manual de Instrucciones fue modificado a lo largo del entrenamiento para atender a las dudas más frecuentes de los encuestadores.

3.11 Logística

El trabajo de campo tenía siempre la supervisión de por lo menos 1 coordinador de campo junto a un grupo variable de 3 a 15 encuestadores, en diferentes días de la semana, por un periodo de 6 meses (mayo a octubre de 2002). El transporte desde el centro de la ciudad hasta el área de investigación se hacía a través de un pequeño autobús puesto a disposición por la SMS-POA, además del coche del autor de la tesis. Todos utilizaban una camiseta naranja de la *Escola de Saúde Pública del Rio Grande do Sul* (ESP-RS), una tarjeta de identificación y una bolsa con la identificación de la ESP-RS. Cada encuestador tenía en su bolsa: mapas del área, encuestas, bolígrafos y un teléfono móvil para la comunicación entre los miembros del grupo. Los coordinadores tenían material semejante, además de una cámara fotográfica y una balanza utilizada para pesar los niños.

Algunos días antes de la fecha de recogida de datos en cada comunidad, el equipo de salud recibía una visita de uno de los coordinadores de campo con el objetivo de informar al equipo y a la comunidad sobre el trabajo de campo. Utilizando los agentes comunitarios de salud, la sala de espera de las unidades y liderazgos locales, con el apoyo de material informativo impreso (Apéndice 6), la comunidad recibía previamente la noticia de que el equipo de investigación estaría trabajando en los próximos días. Esta estrategia de divulgación tenía doble objetivo: informar a la comunidad y garantizar mayor seguridad a los encuestadores.

Al llegar a cada comunidad, los encuestadores recibían un listado con la dirección, el nombre del niño y de la madre que deberían encontrar. El grupo,

entonces, se dividía y los coordinadores de campo, en contacto personal y telefónico constante, controlaban la calidad del trabajo, solucionaban dudas, ayudaban a encontrar direcciones y pesaban a los niños. Cada encuestador hacía de 2-4 entrevistas por día de trabajo de campo. Cada sesión de trabajo duraba de 4-8 horas. A la mitad de cada sesión todo el grupo se reunía a fin de evaluar el trabajo realizado hasta ese momento, descansar y alimentarse. Al final de cada día de recogida de datos, los coordinadores hacían la contabilidad de las encuestas realizadas, describiendo todas las visitas en las Tablas de Campo.

Cada familia seleccionada era visitada hasta en 3 ocasiones distintas, en diferentes horarios, para la realización de la encuesta con el cuidador principal. Si después de estas 3 visitas el cuidador no era encontrado, la familia era reemplazada por otra familia previamente seleccionada, elegida aleatoriamente. El pesaje de los niños fue realizado siempre por uno de los coordinadores de campo.

3.12 Financiación

El trabajo ha sido financiado por la *Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul* y por la *Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul* (FAPERGS), además de apoyo logístico – transporte – de la SMS-POA. El curso de Doctorado del autor en la Universidad de Alicante ha sido financiado por una beca de la V Convocatoria para Estudiantes Iberoamericanos, con Beca del Banco Santander. Además, diversos encuentros en España y Brasil para discusión de la metodología, resultados y discusión han sido posibles gracias al Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS), que ha contado con becas de cooperación de la Generalitat Valenciana y del Centro de Estudios Mario Benedetti.

3.13 Proceso y análisis de los datos

La informatización de los datos fue realizada 2 veces en la base de datos EpiData 2.1[93], por diferentes digitadores (encuestadores), comparándose las dos digitaciones al final, identificándose los errores y la validez del proceso de

informatización. La comparación de las dos digitaciones ha sido hecha a través del proceso de validación propio de la base de datos ("*Validate Duplicate Files*"). Hubo errores de informatización en solamente 2% del total de datos, todos corregidos por el autor del estudio.

La descripción del análisis estadístico de los datos se presenta en dos apartados distintos, el primero sobre la validación de la encuesta y el segundo sobre la evaluación de los servicios de salud.

3.13.1 Validación del PCATool-Brasil

El proceso de validación ha sido constituido de los siguientes pasos: traducción, *debriefing*, validez de contenido, validez de constructo y análisis de la confiabilidad. Este proceso ha sido orientado por los pasos definidos por la literatura de psicometría y también por el proceso de validación original del PCATol en los Estados Unidos[90, 94, 95].

Traducción

Ha sido realizada en 2 etapas: de inglés a portugués y de este idioma a inglés, por traductores distintos. La traducción inversa, de portugués a inglés, ha sido hecha por un traductor nativo de la lengua inglesa. La versión original fue comparada con la versión en inglés resultante de la traducción inversa, siendo posteriormente corregidos los fallos en la versión portuguesa.

Adaptación

La encuesta original fue desarrollada para auto-aplicación, su adaptación ha comprendido su conversión en una encuesta de aplicación a través de encuestadores. Ha sido necesario también adaptarla a las características culturales y de edad de la población-diana, además de la adaptación a las características de los servicios y sistema de salud brasileños. En esta etapa, algunas preguntas han sido excluidas y otras modificadas.

Validación de Contenidos

La encuesta original ya había sido validada en los Estados Unidos de América y su validez de contenidos definida a través de la opinión de expertos[90]. Así, en el proceso de validación para Brasil ha sido importante evaluar su validez de contenido, esto es, la validez de la forma como el contenido es presentado. Para tanto, y también para la adaptación del lenguaje, se ha realizado el *debriefing*. Este consistió en la aplicación de la encuesta a cinco individuos semejantes a la población en estudio, evaluándose el grado de entendimiento y comprensión de los respondientes para cada una de las preguntas.

Validación de Constructo

Para la redefinición de cada dimensión (atributo) realizamos el análisis factorial, siendo seleccionadas las dimensiones con 3 o más items con carga factorial superior a 0,35, que no presentasen cargas factoriales secundarias superiores a la carga factorial inicial. Hicimos el análisis factorial a través del modelo de extracción de componentes principales, con el método de extracción VARIMAX. Realizamos 5 modelos distintos de análisis factorial con predefinición del número de factores variando de 8-12. Posteriormente al análisis factorial, evaluamos conceptualmente cada dimensión para relacionarlas a las dimensiones originales validadas en la versión norteamericana. Para ello, la participación en el grupo de trabajo de la autora de la encuesta original, Profa. Barbara Starfield, ha sido fundamental. Cada uno de estos 5 modelos ha sido evaluado conceptualmente. Dentro de estos 5 distintos modelos elegimos, al final, el modelo con 8 factores fijos, por representar mejor las dimensiones de la APS.

Fiabilidad

Para definir precisión, estabilidad en el tiempo, 10% de las encuestas fueron vueltas a pasar en un intervalo de 1 a 2 meses después de la 1ª entrevista (test-retest). Calculamos los valores de cada dimensión obtenidos en los dos momentos distintos y los comparamos a través de la prueba de Wilcoxon. La prueba de Wilcoxon fue utilizada por ser el método estadístico de preferencia para comparar la magnitud de las diferencias de una variable cuantitativa entre dos grupos apareados. Para evaluación de la consistencia interna, cada dimensión debería presentar α de Cronbach $\geq$ 0,70.

Suposiciones de la escala de Likert

Después de la reconstrucción de las dimensiones (atributos) finales, utilizamos 5 criterios para verificar la existencia de las suposiciones de la escala de Likert[19] para cada dimensión:

1. Validez ítem-convergente: a través de la correlación ítem-total > 0,30;
2. Validez ítem-discriminante: a través de la "razón de éxito de la escala", esto es, la correlación de cada ítem con su dimensión original debería ser mayor que la correlación de este ítem con las otras dimensiones (todos los ítems de la escala fueron testados contra todas dimensiones). En la "razón de éxito de la escala" el numerador representa el número de correlaciones en que los ítems de esta dimensión han sido superiores a las correlaciones de cada uno de estos ítem con las otras dimensiones, mientras el denominador es el total de correlaciones efectuadas para esta dimensión (número de ítems de esta dimensión x número de dimensiones), traduciendo este resultado en un porcentaje. El mayor éxito posible era el 100%.
3. Correlación inter-ítem de cada dimensión: la media de las correlaciones entre ítems;
4. Intervalo de las correlaciones de los ítems de cada dimensión;
5. Confiabilidad de los valores: α de Cronbach $\geq$ 0,70.

Los Valores de cada atributo fueron calculados a través de la media de las respuestas de todos sus items. Los Valores Esencial y General de APS fueron calculados a través de la suma de las medias de los Valores de los atributos que los forman, como se presenta en el Cuadro 9. Todo el proceso estadístico efectuado para la validación del PCATool-Brasil fue realizado a través del paquete estadístico SPSS 11.5[96].

3.13.2 Análisis estadístico de la evaluación de los servicios de salud

Debido a posible dependencia entre las respuestas individuales de los cuidadores al servicio de salud evaluado, todo el análisis referente a la evaluación de los servicios de salud y del Valor de APS fue controlado para el efecto de conglomerado (*clusters*), cuando utilizamos el paquete estadístico STATA 7[97] y sus

comandos "*svy*", a través del Método de Series Lineares de Taylor. Cada cluster representaba cada una de las unidades de salud evaluadas, con el total de 21 clusters (7 unidades del PSF, 11 USs, hospital, médicos privados/mutuas de salud y centro público de salud de múltiples especialidades y urgencias).

La construcción de los Valores de los atributos de la APS fue definida en la sesión "Variables". Las respuestas caracterizadas por los encuestados como "No sé" fueron valorados como 2 ("Pocas veces"), siguiendo las orientaciones del Manual del PCATool original. Para la construcción del Valor Esencial y General de APS no sumamos el Valor Coordinación pues este dato estaba ausente en más de la mitad de los niños de la muestra (69%), debido a la baja frecuencia de consulta con médicos especialistas o con servicios de salud del segundo nivel de atención.

Los datos de la comparación de los tipos de servicios de salud y de la relación de los Valores de la APS con el estado de salud y las actividades preventivas entre los niños están presentados a través de sus medias y desviaciones estándares, intervalos de confianza o proporciones. La comparación de las medias entre 2 grupos distintos fue realizada a través del test "t" de Student o, cuando fueron comparados más de 2 grupos, a través del análisis de la varianza de una vía (ANOVA). Comparamos las proporciones a través de la prueba del ji-cuadrado de Pearson. En el análisis *post-hoc* utilizamos el test de Wald para medias y el test ji-cuadrado de Pearson para proporciones. Realizamos todas las pruebas estadísticas con nivel de significación de 5%, con dos colas.

La construcción de modelos explicativos sobre el Valor General de APS fue realizada a través de modelos de regresión logística. Para el control de posibles factores de confusión entre la asociación del Valor General de APS y del PSF con el estado de salud y con las actividades preventivas también construimos modelos de regresión logística. Estos modelos siguieron el marco conceptual de Starfield[12] citado en la Introducción, con las variables relacionadas al estado de salud o a las actividades preventivas (salud percibida, satisfacción, actividades) como variables dependientes y las variables que representaban los determinantes como independientes. Cada grupo de determinantes del estado de salud fue representado por las variables afines, conforme muestra el Cuadro 11. En la construcción de los

modelos, incluimos las variables relacionadas que presentaban nivel de significación estadística con p<0,25 en el análisis bivariado. Cuando no encontramos asociación entre el Valor General de APS y alguna actividad preventiva o aspecto del estado de salud, intentamos encontrar asociación entre estas variables y el Valor Esencial de APS o los Valores específicos de sus atributos.

Cuadro 11. Relación entre los determinantes del estado de salud según Starfield y las variables estudiadas, Porto Alegre, 2002.

Determinantes del estado de salud	**Variables en estudio**
Características demográficas	Sexo, edad, edad de los padres, color de la piel, número de hermanos.
Características de políticas sociales	PSF o US.
Características psico-sociales	Problema crónico de salud.
Características de APS	Valores General, Esencial y de cada atributo, libre elección del servicio de salud, tiempo de acompañamiento por el servicio de salud, número de consultas, consulta con especialista.
Características de Cohesión Social	Familia monoparental/parental, tiempo de vida en la comunidad,
Características Socioeconómicas	Renta familiar, renta per capita, familias con renta per capita inferior a US$ 1,00 por día, número de personas por dormitorio, clase económica según ABIPEME, escolaridad de la madre, cobertura por seguro salud, madre que trabaja fuera del domicilio.
Estado de salud	Salud percibida, satisfacción, actividades preventivas, ingreso hospitalario.

3.14 Aspectos éticos

El proyecto del estudio ha sido, previamente a su ejecución, sometido al *Comitê de Ética em Pesquisa* del *Hospital Nossa Senhora da Conceição* (n° 52/2001) y al comité de ética de la SMS-POA. Posteriormente a ambas aprobaciones, el proyecto ha sido discutido con las gerencias de los distritos, con los equipos de salud implicados y con la población a través de los consejos locales de salud de cada comunidad diana. Solamente después de esta amplia discusión con todos los actores sociales implicados se ha iniciado la recogida de datos.

Los beneficios probables de este estudio son sus repercusiones sobre la propia estructura y organización de los servicios de salud. No se conoce cualquier riesgo potencial a los sujetos en estudio, a excepción de la disponibilidad de tiempo para contestar a la encuesta. Las informaciones recogidas se han mantenido confidenciales, no siendo divulgados los nombres de los encuestados. Los datos están presentados agrupados, manteniéndose la confidencialidad sobre las respuestas de cada individuo. Todos los encuestados recibieron una breve explicación sobre los objetivos del estudio. Solamente han sido realizadas las encuestas con los individuos que aceptaron participar y firmaron el Consentimiento Libre e Informado (Apéndice 3). A los encuestados les fue permitida la interrupción de la encuesta en el momento que así lo deseasen. Los principios éticos fundamentales (autonomía, beneficencia, no-maleficencia, justicia, equidad) fueron respetados en todas las etapas de la investigación.

Comunicamos los resultados de la investigación a la población a través de los consejos locales de salud de cada barrio. Además, enviamos el informe final a la *Secretaria Municipal de Saúde*, a las gerencias de los distritos, a las unidades de salud y al *Conselho Municipal de Saúde* de *Porto Alegre*. De esta forma, se mantuvo el precepto ético de informar los resultados a todos los actores sociales envueltos en el trabajo.

4. RESULTADOS

Los resultados están presentados en 3 apartados distintos. El primero describe el perfil de la población en estudio, el segundo el proceso de validación del PCATool-Brasil y el último se refiere a la evaluación y utilización de los servicios de salud, su comparación y la relación entre los atributos de la APS y las actividades preventivas y el estado de salud de los niños.

4.1 Perfil de la muestra

De la muestra calculada de 501 niños, se obtuvieron datos de 468 niños, 243 (52%) registrados en unidades del PSF y 225 (48%) registrados en Unidades Sanitarias, ambas de la región sur de la ciudad. Hubo un total de pérdidas (rechazos en contestar + 3 visitas sin encontrar encuestado) igual a 24 casos, representando 4,8% del total de la muestra. La Tabla 1 presenta las unidades de salud de origen de la muestra. La US Lami (9 encuestas) fue totalmente excluída, posteriormente al comienzo de la recogida de datos, por representar población rural, lo que dificultaría su comparación con el restante de la muestra.

Tabla 1. Tabla de descripción general de la recogida de datos (encuestas) para cada Unidad Sanitaria (US) / Unidad del *Programa Saúde da Familia* (PSF), Porto Alegre, 2002.

Nombre de la Unidad	N° de encuestas planeadas	N° encuestas realizadas	3 visitas sin encontrar	Rechazos (pérdidas)	Total de pérdidas (%)
PSF Alto Erexim	25	25	0	0	0 (0%)
PSF Morro	37	36	0	1	1 (2,7%)
PSF São Vicente	25	25	0	0	0 (0%)
PSF Ponta Grossa	48	46	0	2	2 (4,2%)
PSF Cidade de Deus	25	25	0	0	0 (0%)
PSF Chácara do Banco	31	29	1	1	2 (6,5%)
PSF Castelo	60	57	2	1	3 (5,0%)
Subtotal PSFs	**251**	**243**	**3**	**5**	**8 (3,2%)**
US Belém Novo	17	15	2	0	2 (11,8%)
US Macedônia	28	25	1	2	3 (10,7%)
US Tristeza	32	31	1	0	1 (3,1%)
US Jardim das Palmeiras	7	7	0	0	0 (0%)
US Calábria	8	6	2	0	2 (25%)
US Restinga	20	20	0	0	0 (0%)
US Nonoai	27	26	0	1	1 (3,7%)
US Ipanema	32	30	2	0	2 (6,2%)
US Camaquã	20	17	3	0	3 (15,0%)
US Beco do Adelar	20	19	0	1	1 (5,0%)
US Monte Cristo	30	29	1	0	1 (3,3%)
Subtotal Unidades Sanitarias	**241**	**225**	**12**	**4**	**16 (6,6%) #**
TOTAL	**492**	**468**	**15**	**9**	**24 (4,8%)**

No hubo diferencia estadística entre el total de pérdidas en la comparación de los dos tipos de servicios de origen de la muestra (PSF y US), con p = 0,08 a través del test ji-cuadrado de Pearson.

La edad media de estos 468 niños era 12,8 meses (desviación estándar (DE) = 6,7 meses), 40% de estos niños tenían 2 o más hermanos, mientras 33% no tenían hermanos. Aproximadamente 65% de los niños eran blancos y 53,2% eran del sexo masculino. El cuidador principal de los niños en 94% (440 niños) de la muestra era la madre. El padre era el cuidador principal de 13 niños (2,8%), ocupando el segundo lugar, mientras los 15 niños restantes (3,2%) eran cuidados por abuelas(os), tías(os) u otras personas. Los niños vivían en una estructura monoparental en 18,6% de los casos (87 niños), con 100% de estos casos teniendo la madre como responsable por los niños. La edad media de las madres ha sido de 26,6 años (DE = 6,8 años) y del padre 30 años (DE = 8,1 años), con 10% de las madres con menos de 18 años de edad.

Cerca de 65% de las familias vivían desde hacía 4 años o más en la misma comunidad. Las casas tenían en 40% de las veces solamente 1 dormitorio, mientras 78% de las familias tenían más de 4 miembros, con media de 3 personas por dormitorio (DE = 1,2 personas). La renta per capita media de las familias era de R$ 153,00 por mes (DE = R$ 144,00), cerca de US$ 50,00. Siendo que 38% de las familias tenían una renta per capita inferior a US$ 1,00 por día. El número medio de años estudiados con aprobación por la madre era 7,4 años (DE = 3 años), muy semejante al de los padres, 7,2 años (DE = 3 años). Poco menos de la mitad (42%) de las familias tenía alguien desempleado en el momento del estudio. Conforme la clasificación de clase económica de la ABIPEME, 6,6% de las familias representaban la clase E, 42,6% la clase D y 37,8% la clase C.

Cerca de 21% de las familias han tenido, en los 12 meses previos al estudio, cobertura por seguro de salud privado o empresarial durante todo o la mayor parte de estos 12 meses. La renta per capita media de las familias con seguro salud era de R$ 232,40 (DE = R$ 187,60), cerca de US$ 77,50, con 11,4% de ellas con renta per capita inferior a US$ 1,00 por día. Entre las familias con alguna cobertura por seguro de salud privado o empresarial 3% representaban la clase económica A, conforme la clasificación de la ABIPEME, 22% la clase B, 55% la clase C, 21% la clase D y ninguna familia pertenecía a la clase E.

Cerca de 42% de los niños ya habían tenido 11 o más consultas en el servicio de salud de referencia. Solamente 10% de los niños fueron considerados por los cuidadores como teniendo una enfermedad crónica, mientras 20% han tenido ingreso hospitalario en los 12 meses previos al estudio. Prácticamente un tercio (31%) de los niños ya habían tenido alguna consulta con un médico especialista.

En la Tabla 2, puede observarse el perfil de la muestra comparándose los niños que ingresaron en el estudio a través del muestreo en las Unidades Sanitarias con los niños que ingresaron a través del muestreo en las unidades del PSF. Las familias de los niños originados de las unidades del PSF presentaban significativamente menor renta familiar, menor renta per capita, más baja clasificación económica a través de la ABIPEME, menor escolaridad de ambos

padres, mayor concentración de personas por dormitorio y menor proporción de cobertura por seguro salud privado o empresarial. Ambos grupos tenían un largo tiempo de vida en sus comunidades, pero con pequeña superioridad para el grupo de niños originados de las Unidades Sanitarias, sin significación estadística. La proporción de niños blancos era inferior en el grupo de niños originado de las Unidades del PSF con fuerte tendencia estadística, pero con p >0,05.

Tabla 2. Características sociodemográficas y del estado de salud de los niños y sus familias por tipo de unidad de salud del muestreo, Porto Alegre, 2002.

Características	**Registrados en los PSFs (media ± DE / %)**	**Registrados en las USs (media ± DE / %)**	**p***
Edad de los niños en meses	12,5 ± 6,6	13,0 ± 6,8	0,61
Niños blancos	140 (59,8%)	155 (71,1%)	0,07
Edad de las madres en años	26,5 ± 7,0	26,7 ±6,6	0,72
Edad de los padres en años	30,7 ± 7,9	30,0 ±8,2	0,38
Proporción de niños con la madre como cuidadora principal	224 (92,2%)	216 (96,0%)	0,18
Proporción de niños con 2 o más hermanos	108 (44,4%)	83 (36,9%)	0,10
Número de personas en la familia	4,9 ± 1,9	4,9 ± 1,7	0,76
Número de personas por dormitorio	3,2 ± 1,3	2,8 ± 1,1	<0,001
Número de años de la familia en la comunidad	10,0 ± 8,0	11,9 ± 10,4	0,07
Renta Mensual per Capita (US$)	40,8 ± 30,9	62,1 ± 59,6	<0,01
Renta Familiar Media (US$)	180,7 ± 129,4	279,8 ± 263,3	0,001
Clase económica – ABIPEME			
A	1 (0,5%)	2 (1,0%)	<0,001
B	15 (6,8%)	37 (18,2%)	
C	71 (32,3%)	89 (43,8%)	
D	113 (51,4%)	67 (33,0%)	
E	20 (9,1%)	8 (3,9%)	
Madres con escolaridad < 8 anos	135 (56,0%)	89 (39,6%)	<0,01
Padres con escolaridad < 8 anos	139 (60,4%)	85 (40,1%)	<0,001
Proporción de niños con ingreso hospitalario en el último año	52 (21,4%)	38 (16,9%)	0,24
Niños con enfermedad crónica	22 (9,2%)	25 (11,3%)	0,22
Niños que ya han consultado con especialista	75 (31,1%)	69 (30,7%)	0,93
Familias sin cobertura por seguro salud privado en el último año	197 (81,1%)	148 (65,8%)	0,01
Total	**243**	**225**	

* Test “t”para medias y test ji-cuadrado de Pearson para proporciones.

4.2 Validación del PCATool-Brasil

La herramienta validada en Brasil recibió el nombre PCATool-Brasil. Como ya definimos en la Metodología, los primeros pasos del proceso de validación del

PCATool-Brasil fueron la traducción, la traducción inversa, la adaptación a las características de edad del grupo poblacional en estudio y a las características de los servicios de salud, además de la adaptación cultural a través del *debriefing* y del estudio piloto. Durante estas etapas, algunos ítems han sido excluidos. La comparación de la versión original en inglés y la versión de la traducción inversa ha sido realizada por dos de los autores del estudio (EH y ATS). No se han encontrado diferencias de contenido o significado, solamente diferencias de palabras sinónimas entre la versión original y la versión de la traducción inversa. Así, la versión final se quedó prácticamente igual a la versión de la primera traducción, con pequeños ajustes en la elección de algunas palabras, siempre eligiendo las palabras más sencillas y de más fácil entendimiento. En el Cuadro 12, presentamos los ítems excluidos y el respectivo motivo de exclusión.

Cuadro 12. Ítems excluidos a través del proceso de adaptación de la herramienta a los aspectos sociodemográficos, culturales y de los servicios de salud en Brasil, Porto Alegre, 2002.

Item	Motivo
¿En el centro de salud hay evaluaciones para problemas de audición?	No disponible en la mayor parte de los servicios.
Realización de revisión dentaria.	No disponible en la mayor parte de los servicios.
Realización de tratamiento dentario.	No disponible en la mayor parte de los servicios.
Inmovilización para torsión de tobillo.	No disponible en la mayor parte de los servicios.
Analíticas para rastrear intoxicación por plomo.	No disponible en la mayor parte de los servicios.
Tests alérgicos cutáneos.	No disponible en la mayor parte de los servicios.
¿Ud. recomendaría el médico / enfermero de su niño a alguien que no hablara inglés muy bien?	Todos hablan portugués en Brasil. Sin adecuación cultural.
Enseñar niños de 6-12 años de edad a mantenerse lejos de armas y a utilizar cinturón de seguridad y cascos para bicicletas.	No adecuado al rango de edad estudiado.
Enseñar niños a partir de 12 años de edad sobre sexo seguro, no beber alcohol y conducir, además de mantenerse lejos de drogas.	No adecuado al rango de edad estudiado.

Para la validación de constructo, la elección del modelo de análisis factorial con 8 factores fijos resultó en 8 dimensiones (atributos) de la APS:

- Acceso – Primer Contacto;

- Continuidad – Relación Interpersonal;
- Coordinación – Integración de Cuidados;
- Integralidad – Servicios Básicos Disponibles;
- Integralidad – Servicios Complementarios Disponibles;
- Integralidad - Acciones de Promoción y Prevención Recibidos;
- Orientación Familiar;
- Orientación Comunitaria.

En el Cuadro 13 se presenta el resumen de la evaluación de cada uno de los 8 factores y su correspondiente dimensión conceptual.

Cuadro 13. Evaluación de los 8 factores del PCATool-Brasil, Porto Alegre, 2002.

N° del factor	Evaluación	Dimensión de APS
Factor 1	Formado por 13 ítems. Uno excluido por carga factorial <0,35 (preg. 60a). Otro excluido por no tener correspondencia conceptual (preg. 66a). Los 11 ítems restantes se relacionaban a la Integralidad (5 ítems) y a la Orientación Familiar (6 ítems).	Integralidad – Acciones de Promoción y Prevención Recibidos; Orientación Familiar.
Factor 2	Formado por 11 ítems. Dos excluidos por carga factorial <0,35 (pregs. 19 y 23). Un tercero ítem fue excluido por no tener correspondencia conceptual (preg. 13). Los 8 restantes fueron divididos en Orientación Comunitaria (4 ítems) e Integralidad – Servicios Básicos Disponibles.	Orientación Comunitaria; Integralidad – Servicios Básicos Disponibles.
Factor 3	Formado por 15 ítems. Dos excluidos por carga factorial <0,35 (pregs 14 y 47). Tres ítems excluidos por no tener correspondencia conceptual (pregs. 45, 67 y 68). Los 10 ítems restantes formaron la dimensión Continuidad.	Continuidad – Relación Interpersonal.
Factor 4	Formado por 7 ítems. Uno excluido por carga factorial <0,35 (preg. 24). Los 6 restantes formaron la dimensión Acceso.	Acceso – Primer Contacto.
Factor 5	Formado por 6 ítems. Uno excluido por carga factorial <0,35 (preg.53). Los demás formaron la dimensión Coordinación.	Coordinación – Integración de Cuidados.
Factor 6	Formado por 7 ítems. 5 representativos de la dimensión Integralidad – Servicios Complementarios Disponibles. Los otros dos fueron excluidos por no tener correspondencia conceptual (pregs. 17 y 42).	Integralidad – Servicios Complementarios Disponibles.
Factor 7	Formado por 3 ítems. Dos representativo de Acceso (pregs. 12 y 15) y uno representativo de Continuidad (preg. 28).	Excluido.
Factor 8	Formado por 6 ítems. Dos representativos de Acceso (pregs 18 y 20) y 4 de Coordinación (pregs. 44, 46, 54 y 55) pero todos con carga factorial <0,35.	Excluido.

Esta parte del proceso de validación resultó en la exclusión de 23 ítems de la escala original. Los motivos de exclusión fueron explicitados en la metodología y en el Cuadro 13. Nueve items excluidos en esta etapa se referían a la dimensión Acceso, 8 a Coordinación, 2 a Continuidad, 2 a Integralidad, 1 a Orientación Comunitaria y 2 a Aptitud Cultural. Todos los 23 ítems excluidos son presentados en el Apéndice 7.

En la Tabla 3, se observa que todos los 6 items relacionados al Valor de Acceso presentan carga factorial y correlación item-total adecuadas para su validación. No hubo diferencia estadística del Valor de Acceso en la evaluación de la fiabilidad (retest) entre los dos momentos de aplicación de la herramienta, con un p = 0,62 (prueba de Wilcoxon).

Tabla 3. Acceso - Primer Contacto: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002.

Ítem	Carga Factorial	Correlación Ítem-total
16 ¿Cuándo el (nombre del local) está abierto y su niño se pone enfermo, algún profesional de este (nombre del local) lo atiende en el mismo día?	0,550	0,47
21 ¿Ud. tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para conseguir una cita en el (nombre del local)?	0,629	0,61
22 ¿Es fácil conseguir una cita de revisión del niño en el (nombre del local)?	0,570	0,51
25 ¿Cuándo Ud. llega al (nombre del local), tiene que esperar más de 30 min. antes que su niño sea visto por el médico o por la enfermera dentro del consultorio?	0,612	0,54
26 ¿Es difícil conseguir cita médica para su niño en el (nombre del local) cuando Ud. cree que es necesario?	0,674	0,61
27 ¿Cuándo el (nombre del local) está abierto, Ud. conseguiría consejo médico por el teléfono de manera rápida, caso Ud. necesitase?	0,410	0,49

Los resultados de las cargas factoriales y de las correlaciones item-total de los items que forman el Valor de Continuidad expuestos en la Tabla 4 son compatibles con el proceso de validación. En relación a la fiabilidad (retest) no hubo diferencia estadística en la evaluación del Valor de Continuidad entre los dos momentos de aplicación de la herramienta, con un p = 0,14 (prueba de Wilcoxon).

Tabla 4. Continuidad – Relación Interpersonal: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002.

Ítem	Carga Factorial	Correlación Ítem-total
29 ¿Ud. cree que el / la (médico / enfermera) entiende lo que Ud. habla o pregunta?	0,654	0,57
30 ¿El / la (médico / enfermera) responde sus preguntas de manera que Ud. entienda?	0,650	0,49
31 ¿Si Ud. tiene alguna duda sobre la salud de su niño, puede hablar con el médico o enfermera que más conoce su niño?	0,539	0,51
32 ¿En el (nombre del local) su niño es reconocido y recibido con atención?	0,530	0,54
33 ¿El / la (médico / enfermera) le dispone tiempo suficiente para Ud. hablar sobre sus preocupaciones o problemas?	0,637	0,59
34 ¿Ud. se siente confortable para hablar con el / la (médico / enfermera) sobre sus preocupaciones o problemas?	0,647	0,57
37 ¿El / la (médico / enfermera) conoce la historia médica completa de su niño?	0,480	0,56
40 ¿El / la (médico / enfermera) conoce todos los medicamentos que su niño está tomando?	0,495	0,58
41 ¿El / la (médico / enfermera) hablaría con sus familiares si esto fuera importante para Ud.?	0,543	0,55
43 ¿Ud. cambiaría el (nombre del local) por otro local si esto fuera sencillo de hacer?	0,402	0,44

El Valor de Coordinación también presenta resultados de las cargas factoriales y de la correlación item-total de sus 5 items suficientes para su validación, como expresa la Tabla 5. Debido al pequeño número de respondientes que han realizado consultas con especialistas dentro de la muestra del retest, no se ha comparado las medianas del Valor de Coordinación a través de la prueba de Wilcoxon.

Tabla 5. Coordinación – Integración de Cuidados: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002.

Ítem	Carga Factorial	Correlación Ítem-total
52 ¿El / la (médico / enfermera) recomendó su niño para este especialista?	0,493	0,38
56 ¿El / la (médico / enfermera) de su niño sabe que él ha consultado con este especialista?	0,802	0,72
57 ¿El / la (médico / enfermera) de su niño ha sabido como fue el resultado de esta cita?	0,866	0,80
58 ¿Después de esta consulta con el especialista, su (médico / enfermera) habló con Ud. sobre lo que pasó en la cita?	0,861	0,79
59 ¿Su (médico / enfermera) demostró interés en saber sobre la calidad de la atención que su niño ha recibido del especialista?	0,827	0,72

Las Tablas 6, 7 y 8 presentan los resultados de las cargas factoriales y de las correlaciones item-total de las 3 dimensiones del Valor de Integralidad (Servicios Básicos, Servicios Complementarios, Acciones de Promoción y Prevención). Estos resultados substancian la validación de estas 3 dimensiones. La fiabilidad, evaluada a través del test de Wilcoxon, en el retest, presentó resultados adecuados para las dimensiones Servicios Básicos y Servicios Complementarios, con valor de "p" respectivamente de 0,46 y 0,09. Por otro lado, la fiabilidad de la dimensión Integralidad - Acciones de Promoción y Prevención - mostró diferencia estadísticamente significativa entre los dos momentos de aplicación del test y del retest, con p = 0,01 en la prueba de Wilcoxon.

Tabla 6. Integralidad – Servicios Básicos Disponibles: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002.

Ítem	Carga Factorial	Correlación Ítem-total
60b ¿En el (nombre del local) hay vacunas?	0,492	0,57
60c ¿En hacen evaluaciones para inclusión de familias en programas sociales o beneficios del gobierno?	0,466	0,36
60f ¿En el (nombre del local) hay anticoncepcionales?	0,605	0,63
60n ¿En el (nombre del local) hay programas de provisión de alimentos?	0,698	0,67

Tabla 7. Integralidad – Servicios Complementarios Disponibles: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002.

Ítem	Carga Factorial	Correlación Ítem-total
60g ¿En el (nombre del local) hay orientaciones o tratamiento para alcoholismo o uso de drogas?	0,602	0,53
60h ¿En el (nombre del local) hay orientaciones para problemas de los nervios, del comportamiento o de salud mental?	0,641	0,57
60i ¿En el (nombre del local) dan puntos para cortes profundos?	0,445	0,31
60j ¿En el (nombre del local) hay orientaciones y analíticas para VIH/SIDA?	0,440	0,37
60l ¿En el (nombre del local) hay evaluación de la necesidad del uso de gafas?	0,540	0,63

Tabla 8. Integralidad – Acciones de Promoción y Prevención Recibidos: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002.

Ítem	Carga Factorial	Correlación Ítem-total
61a Orientaciones para mantener su niño saludable, como alimentación saludable, buena higiene o sueño adecuado	0,598	0,53
61b1 Maneras para mantener su niño seguro, como: evitar caídas de altura o mantener los niños alejados del fuego	0,691	0,70
61c Seguridad doméstica: como guardar medicamentos con seguridad.	0,662	0,61
61d Maneras de enfrentar los problemas de comportamiento de su niño	0,706	0,60
61e Cambios de crecimiento y desarrollo de su niño, esto es, que cosas Ud. debe esperar de cada edad. Por ejemplo, cuando su niño irá a caminar, controlar la orina.....	0,646	0,61

La Tabla 9 expresa los resultados de las cargas factoriales y de las correlaciones item-total de los items del Valor de Orientación Familiar que, como los Valores anteriores, son suficientes para la validación de esta dimensión. Su fiabilidad, evaluada a través del retest, también mostró la ausencia de diferencia estadística del Valor de Orientación Familiar entre los dos momentos de aplicación de la herramienta, con un $p = 0,59$ (prueba de Wilcoxon).

Tabla 9. Orientación Familiar: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002.

Ítem	Carga Factorial	Correlación Ítem-total
35 ¿Ud. cree que el / la (médico / enfermera) conoce a su familia bastante bien?	0,485	0,62
36 ¿El / la (médico / enfermera) sabe cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?	0,468	0,64
38 ¿El / la (médico / enfermera) sabe sobre el trabajo o el empleo de los familiares de su niño?	0,536	0,60
39 ¿El / la (médico / enfermera) pregunta si su familia tiene problemas en conseguir o en comprar los medicamentos que su niño precisa?	0,484	0,52
62 ¿Su (médico / enfermera) le pregunta sobre sus ideas y opiniones sobre el tratamiento y cuidado de su niño?	0,584	0,46
63 ¿Su (médico / enfermera) le ha preguntado sobre enfermedades o problemas de su familia?	0,491	0,49

La última tabla referente a las dimensiones de la APS, la Tabla 10, presenta los valores de la validez de constructo (cargas factoriales y correlación item-total) de los items del Valor de Orientación Comunitaria. Estos resultados confirman la validación de esta dimensión, así como el p = 0,11 confirma la evaluación de su fiabilidad a través de la prueba de Wilcoxon realizada entre el test y el retest.

Tabla 10. Orientación Comunitaria: resultados de la carga factorial y de la correlación ítem-total de cada uno de los ítems, Porto Alegre, 2002.

Ítem	Carga Factorial	Correlación Ítem-total
64 ¿Algún profesional del (nombre del local) hace visitas domiciliarias?	0,785	0,78
65 ¿El (nombre del local) conoce los problemas de salud importantes de su comunidad?	0,769	0,75
66b ¿Cómo el (nombre del local) conoce las opiniones e ideas de la gente para ayudar a mejorar la atención? ¿Hacen investigaciones domiciliares sobre los problemas de salud de la comunidad?	0,783	0,82
66c ¿Cómo el (nombre del local) conoce las opiniones e ideas de la gente para ayudar a mejorar la atención? ¿Convida miembros de las familias a participar en el consejo de salud?	0,599	0,60

En la Tabla 11 presentamos los resultados de la consistencia interna y de los demás criterios de las suposiciones de Likert para las 8 dimensiones de la escala PCATool-Brasil. Los resultados del α de Cronbach demuestran la consistencia

interna de la escala. Así como la consistencia interna, los resultados de las suposiciones de Likert, principalmente los valores de la razón de éxito de la escala, permiten aceptar las suposiciones de Likert para la escala PCATool-Brasil.

Tabla 11. Resultados de las suposiciones de la escala de Likert para los 8 dominios del PCATool-Brasil, Porto Alegre, 2002.

Dimensiones de APS	n	α Cronbach	Correlación Inter-Ítem	Variancia explicada del Factorial	Variancia explicada acumulada del Factorial	Razón de Éxito de la Escala
Integralidad – Acciones de Promoción y Prevención Recibidos	435	0,82	0,47	15,2%	-	30/30 (100%)
Orientación Familiar	407	0,80	0,40	15,2%	15,2%	35/36 (97,2%)
Orientación Comunitaria	273	0,88	0,64	8,8%	24,1%	24/24 (100%)
Integralidad – Servicios Básicos Disponibles	323	0,74	0,45	8,8%	24,1%	23/24 (95,8%)
Continuidad – Relación Interpersonal	369	0,83	0,36	4,8%	28,9%	60/60 (100%)
Acceso – Primer Contacto	360	0,79	0,38	4,1%	33,0%	48/48 (100%)
Coordinación – Integración de Cuidados	131	0,86	0,56	3,4%	36,4%	30/30 (100%)
Integralidad – Servicios Complementarios Disponibles	160	0,76	0,35	3,0%	39,4%	36/36 (100%)

En la Tabla 12 exponemos la estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión, de las 8 dimensiones validadas del PCATool-Brasil. Los valores de las medias, medianas y de las desviaciones estándares de cada una de las dimensiones posibilitan la asunción de la normalidad de la escala.

Tabla 12. Estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión del PCATool-Brasil, Porto Alegre, 2002.

Dimensiones de APS	N° de ítems	Media	Mediana	Rango observado	Desviación estándar
Acceso – Primer Contacto	6	16,49	17,0	6,0 – 24,0	5,19
Continuidad – Relación Interpersonal	10	34,76	37,0	10,0 – 40,0	5,76
Coordinación – Integración de Cuidados	5	14,50	17,0	5,0 – 20,0	5,48
Integralidad – Servicios Básicos Disponibles	4	12,77	13,0	4,0 – 16,0	3,15
Integralidad – Servicios Complementarios Disponibles	5	13,93	14,0	5,0 – 20,0	4,88
Integralidad – Acciones de Promoción y Prevención Recibidos	5	13,25	14,0	5,0 – 20,0	5,32
Orientación Familiar	6	13,78	13,0	6,0 – 24,0	5,42
Orientación Comunitaria	4	9,32	9,0	4,0 – 16,0	4,77

Al observarse las tablas ya presentadas, se percibe que el proceso de validación del PCATool-Brasil resultó en una escala con 45 items, divididos en 8 dimensiones. Seis dimensiones representan los atributos esenciales de la APS (Acceso, Continuidad, Coordinación y las 3 dimensiones de Integralidad) y 2 dimensiones representan los atributos derivados (Orientación Comunitaria y Orientación Familiar). Para la construcción del Valor Esencial de APS, por tanto, es necesario sumar las medias de las respuestas de los 6 atributos esenciales. Para calcular el Valor General de APS es necesario sumar las medias de las respuestas de los 8 atributos validados.

4.3 Evaluación de la APS y de los servicios de salud

4.3.1 Utilización de los servicios de salud

En la Tabla 13, se puede observar que 339 niños (72,4%), 188 registrados en las unidades del PSF y 151 registrados en las Unidades Sanitarias, efectivamente tenían como servicio de salud preferente para su cuidado las unidades donde fueron seleccionados para el estudio. Para los niños registrados en las unidades del PSF

esta proporción era mayor (77,4%) comparándose con los niños registrados en las US (67,1%), con diferencia significativa (p<0,001). Después de las unidades del PSF o US, el tipo de servicio de salud preferente más citado ha sido los médicos privados o seguros de salud privados, seguidos de los hospitales, de los centros de salud de múltiples especialidades y de urgencias de la *Vila dos Comerciários* y Ulbra. A fin de simplificar los análisis posteriores, se dividió la muestra total de niños en 3 grupos, representando los tipos de servicios de salud preferentes para el cuidado sanitario:

1. PSF;
2. US;
3. Otros servicios de salud (incluyendo los médicos privados, hospitales, Centros de Salud de Múltiples Especialidades y Urgencias).

Tabla 13. Distribución de los niños según servicio de salud preferente para la asistencia sanitaria de acuerdo con el servicio de salud de origen del muestreo del estudio, Porto Alegre, 2002.

Servicio de salud preferente	**Servicio de salud de origen del muestreo**		**Total**
	PSF (%)	**US (%)**	
PSF	188 (77,4%)	7 (3,1%)	195 (41,7%)
US	14 (5,8%)	151 (67,1%)	165 (35,3%)
Médico privado / Seguro salud	17 (7,0%)	34 (15,2%)	51 (10,9%)
Hospital	10 (4,1%)	21 (9,3%)	31 (6,6%)
Centros de Salud de Múltiples Especialidades y de Urgencias (*Vila dos Comerciários* y *Ulbra)*	14 (5,8%)	12 (5,4%)	26 (5,5%)
Total	**243**	**225**	**468**

La Tabla 14 presenta las características sociodemográficas de la muestra por tipo de servicio preferente para la asistencia sanitaria. Es posible observar que los niños que utilizaban las unidades del PSF, además de menor edad, presentaban menor renta familiar total y per capita, mayor número de personas por dormitorio y menor escolaridad de ambos padres que los niños que utilizaban las US o los otros servicios de salud. En la comparación entre PSF y US, se mostró que los niños del PSF mantenían diferencia estadísticamente significativa para la menor escolaridad de los padres, la menor renta familiar y per capita, el mayor número de personas por dormitorio, además de la peor clasificación económica según la ABIPEME.

Tabla 14. Características sociodemográficas de los niños y sus familias por unidad de salud preferente, Porto Alegre, 2002.

Características sociodemográficas	**PSF - Servicio preferente (media ± DE / %)**	**US - Servicio preferente (media ± DE / %)**	**Otro servicio preferente (media ± DE / %)**	**p***
Edad de los niños en meses	12,4 ± 6,5	12,3 ± 6,8	14,2 ± 6,8	0,02
Niños blancos	114 (60,3%)	105 (65,6%)	76 (73,8%)	0,23
Edad de las madres en años	26,5 ± 7,0	26,4 ± 6,4	27,0 ± 6,9	0,75
Edad de los padres en años	30,1 ± 7,7	29,9 ± 8,1	31,4 ± 8,6	0,50
Proporción de niños con la madre como cuidadora principal	178 (91,3%)	162 (98,2%)	100 (92,6%)	0,02 #
Proporción de niños con 2 o más hermanos	86 (44,1%)	66 (40,0%)	39 (36,1%)	0,52
Número de personas en la familia	5,1 ± 1,9	4,9 ± 1,7	4,6 ± 1,6	0,05
Número de personas por dormitorio	3,2 ± 1,3	2,8 ± 1,1	2,9 ± 1,3	0,02 #
Número de años de la familia en la comunidad (media ± DE)	10,0 ± 8,2	11,8 ± 9,6	10,9 ± 10,5	0,22
Renta Mensual per Capita (US$)	37,6 ± 25,9	51,4 ± 48,1	75,1 ± 66,7	0,01 #
Renta Familiar Media (US$)	171,2 ± 107,7	240,2 ± 238,5	314,3 ± 268,9	0,02 #
Clase económica – ABIPEME				
A	0	0	3 (3,1%)	0,41 #
B	15 (8,4%)	21 (14,2%)	16 (16,5%)	
C	53 (29,8%)	62 (41,9%)	45 (46,4%)	
D	93 (52,2%)	59 (39,9%)	28 (28,9%)	
E	17 (9,6%)	6 (4,1%)	5 (5,2%)	
Madres con escolaridad < 8 anos	113 (58,5%)	76 (46,1%)	35 (32,4%)	0,01
Padres con escolaridad < 8 anos	113 (62,4%)	71 (45,2%)	40 (38,5%)	0,04 #
Total	**195**	**165**	**108**	

* Test ANOVA para medias y test ji-cuadrado de Pearson Qui^2 para proporciones.
# Diferencia estadísticamente significativa (p<0,05) entre PSF y US (post-hoc: Test de Wald para medias e ji-cuadrado de Pearson para proporciones).

La utilización de los 3 tipos de servicios de salud por los niños no presentó diferencia cuanto al tiempo de acompañamiento o el número de consultas. Por otro lado, la proporción de cuidadores que han elegido el servicio de salud como servicio preferente era mayor para las US (52,7%) y aún mayor para los otros servicios (75%) en relación al PSF (29,7%). Los ingresos hospitalarios y las consultas con médicos especialistas fueron significativamente más frecuentes para los niños que utilizaban el PSF y los otros servicios. La prevalencia de enfermedad crónica fue semejante entre PSF y US, pero hubo fuerte tendencia de mayor proporción de niños con enfermedades crónicas entre el grupo que utilizaba los otros servicios.

Comparándose solamente los niños del PSF y US se encontró significativamente mayor número de consultas para los niños del PSF, a pesar de la

significativa menor libre elección del PSF como servicio de salud preferente, mayor ingreso hospitalario en el PSF que en los niños de las USs, así como mayor número de consultas con médico especialista (Tabla 15).

Tabla 15. Características de salud y de utilización de servicios de los niños y sus familias por unidad de salud preferente, Porto Alegre, 2002.

Características de salud y utilización de servicios	PSF - Servicio preferente (%)	US - Servicio preferente (%)	Otro servicio preferente (%)	p*
Menos de 6 meses de acompañamiento por el servicio de salud	45 (23,2%)	45 (27,3%)	31 (28,7%)	0,62
Número de consultas realizadas en el servicio de salud: ≤ 10 consultas	104 (53,3%)	105 (63,6%)	61 (56,5%)	0,12
Fuerte grado de afiliación con el servicio de salud	132 (67,7%)	115 (69,7%)	51 (47,2%)	<0,01
Familias que han elegido el servicio de salud	58 (29,7%)	87 (52,7%)	81 (75,0%)	<0,001 #
Niños con ingreso hospitalario en el último año	40 (20,5%)	18 (10,9%)	32 (29,6%)	0,01 #
Niños con enfermedad crónica	14 (7,3%)	15 (9,3%)	18 (16,8%)	0,05
Niños que ya han consultado con especialista	60 (30,8%)	35 (21,2%)	49 (46,2%)	<0,001 #
Familias sin cobertura por seguro salud privado en el último año	169 (86,7%)	130 (78,8%)	46 (42,6%)	0,06
Total	**195**	**165**	**108**	

* Test ANOVA para medias y test ji-cuadrado de Pearson para proporciones.
# Diferencia estadísticamente significativa (p<0,05) entre PSF y US (post-hoc: Test de Wald para medias e test ji-cuadrado de Pearson para proporciones).

4.3.2 Comparación del estado de salud, actividades preventivas, satisfacción y Valores de APS entre PSF y US

La comparación de la calidad entre el PSF y las USs en la realización de las actividades preventivas no mostró diferencias importantes, a excepción de la mayor vigilancia sobre el crecimiento entre los niños adscritos al PSF. Hubo una mayor proporción significativa de niños que utilizaban el PSF que tenían su peso apuntado en el Gráfico de Crecimiento comparado a los niños que utilizaban las USs (88,2 x 70,3%), así como también hubo una significativa mayor proporción de niños del PSF con el último apunte del peso en un intervalo de tiempo inferior o igual a 2 meses antes de la aplicación de la encuesta (Tabla 16).

Tabla 16. Estado de salud y actividades preventivas para cada servicio público de salud, Porto Alegre, 2002.

Características de salud y actividades preventivas	PSF - Servicio preferente (media ± DE / %)	US - Servicio preferente (media ± DE / %)	p*
6 o + consultas de prenatal	137 (72,9%)	118 (75,2%)	0,65
Peso de nacimiento < 2.500 g	15 (8,7%)	6 (4,0%)	0,14
Lactancia materna exclusiva ≥ 4 meses #	82 (86,3%)	72 (87,8%)	0,75
Niño con Carné de Vacunas	184 (54,6%)	153 (45,4%)	0,63
Esquema de inmunización completo #	75 (96,1%)	55 (85,9%)	0,04
Rastreo para fenilcetonuria y hipotiroidismo	181 (95,3%)	151 (93,8%)	0,62
Uso de sulfato ferroso en el primer año de vida	100 (51,6%)	90 (54,6%)	0,72
Uso de vitamina A+D en el primer año de vida	111 (58,1%)	93 (57,4%)	0,91
Tener peso apuntado en Gráfico de Crecimiento	172 (88,2%)	116 (70,3%)	0,03
Niños con último apunte del peso en el Gráfico de Crecimiento ≤ 2 meses	113 (66,9%)	50 (43,9%)	0,04
Diarrea en los últimos 3 meses	76 (39,8%)	53 (32,1%)	0,25
Uso del SRO si diarrea en los últimos 3 meses	35 (48,6%)	24 (46,2%)	0,77
Niños con ingreso hospitalario en el último año	40 (20,5%)	18 (10,9%)	<0,01
Niños con enfermedad crónica	14 (7,3%)	15 (9,3%)	0,45
“Excelente” o “Muy buena” salud percibida por el cuidador	116 (59,5%)	110 (66,7%)	0,16
Total	**195**	**165**	

* Test “t” para medias y test ji-cuadrado de Pearson para proporciones.
# Para niños con edad ≥ 12 meses.

A pesar de la semejante proporción de niños que utilizaban el PSF y las USs con enfermedad crónica, respectivamente 7,3 y 9,3%, los niños adscritos al PSF tuvieron el doble de ingresos hospitalarios que los niños de las USs (20,5 x 10,9%), con diferencia estadística significativa (Tabla 16).

La asociación o tendencia de asociación entre las actividades preventivas y el tipo de servicio de salud han sido controladas para factores de confusión a través de la regresión logística. El esquema de inmunización completo, el grado de salud percibido por el cuidador y el ingreso hospitalario en el último año no mantuvieron asociación o tendencia de asociación significativa con la variable PSF cuando

controlados por posibles factores de confusión. Por otro lado, el hecho de tener en algún momento el peso apuntado en el gráfico de crecimiento o tenerlo apuntado recientemente (≤ 2 meses) estaba significativamente asociado a la mayor probabilidad de utilizar el PSF como servicio preferente de consultas (OR=4,39 y OR=3,89, respectivamente), controlándose para posibles variables de confusión, como mostramos en las Tablas 17 y 18.

Tabla 17. Grado de asociación entre tener el peso alguna vez apuntado en el gráfico de crecimiento y tener el PSF como servicio preferente de consulta a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p
Edad del niño en meses	0,94 (0,89 – 0,99)	0,02
Número de hermanos	0,73 (0,65 – 0,82)	<0,001
Niño con enfermedad crónica	6,23 (1,39 – 27,88)	0,02
Servicio preferencial: PSF	4,39 (1,70 – 11,38)	<0,01

Tabla 18. Grado de asociación entre tener el peso recientemente (≤2 meses) apuntado en el gráfico de crecimiento y tener el PSF como servicio preferente de consulta a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p
Edad del niño en meses	0,83 (0,79 – 0,85)	<0,001
Edad de la madre	0,96 (0,93 –0,99)	<0,01
Tiempo de vida en la comunidad	0,96 (0,93 – 0,99)	0,02
Servicio preferencial: PSF	3,89 (1,33 – 11,37)	0,02

La comparación de la satisfacción entre los cuidadores de los niños de los 2 tipos de servicios (PSF y US) mostró mayor proporción significativa de cuidadores satisfechos con el PSF con relación al tiempo de espera por la consulta y a la cordialidad de la recepción. Los otros ítems de satisfacción no presentaron diferencia significativa. Por otro lado, la proporción de cuidadores satisfechos con la evaluación general del servicio ha sido mayor para el PSF que la US, con fuerte tendencia estadística para una diferencia significativa (71,8 x 64,2%, respectivamente, con p = 0,06 – Tabla 19).

Tabla 19. Proporción de cuidadores satisfechos acerca de diferentes aspectos de la última consulta para cada servicio público de salud, Porto Alegre, 2002.

Aspectos de la última consulta	PSF – Servicio preferente (%)	US - Servicio preferente (%)	p*
Facilidad de acceso	116 (59,5%)	94 (57,0%)	0,67
Tiempo sala de espera	80 (41,2%)	46 (27,9%)	0,03
Cordialidad recepción	142 (73,2%)	77 (47,0%)	<0,001
Cordialidad médico	168 (86,6%)	137 (83,5%)	0,58
Atención a los problemas	146 (75,3%)	126 (76,4%)	0,72
Exploración del niño	159 (81,5%)	135 (81,8%)	0,94
Confianza en el médico	149 (76,4%)	132 (80,5%)	0,40
Confianza en la receta	155 (79,5%)	138 (84,1%)	0,33
Explicaciones sobre la enfermedad	148 (75,9%)	129 (78,7%)	0,54
Explicaciones sobre el pronóstico	143 (74,1%)	120 (73,6%)	0,92
Marcación de la consulta	102 (52,3%)	78 (47,3%)	0,46
Evaluación general	140 (71,8%)	106 (64,2%)	0,06
Total	**195**	**165**	

* Test ji-cuadrado de Pearson para proporciones.

La Tabla 20 expone los Valores de los atributos de APS para toda la muestra, con una variación posible entre 1 y 4. El Valor Esencial de APS podría variar entre 6 y 24, mientras el Valor General de APS podría variar entre 8 y 32. De acuerdo con la escala utilizada, los Valores mayores o iguales de 3 (18 y 24 para el Valor Esencial y General, respectivamente) representaban alto grado de extensión del atributo en el servicio evaluado. De esta manera, se nota que el Valor de Continuidad (3,4 ± 0,8) e Integralidad - Servicios Básicos (3,1 ± 0,8) presentaban fuerte extensión para toda la muestra del estudio.

Tabla 20. Valores para cada atributo de APS y para el Valor Esencial y General de APS para toda la muestra (468 niños), Porto Alegre, 2002.

Atributo de APS	Media ± DE
Acceso de Primer Contacto (1-4)	2,8 ± 0,8
Continuidad Interpersonal (1-4)	3,4 ± 0,6
Coordinación del Cuidado (1-4)	2,9 ± 1,1
Integralidad- Servicios Básicos (1-4)	3,1 ± 0,8
Integralidad – Servicios Complementarios (1-4)	2,3 ± 0,6
Integralidad – Acciones de Promoción y Prevención (1-4)	2,7 ± 1,0
Orientación Comunitaria (1-4)	2,2 ± 1,0
Orientación Familiar (1-4)	2,3 ± 0,9
Valor Esencial de APS (6-24)	17,8 ± 2,6
Valor General de APS (8-32)	22,3 ± 3,8

Comparándose los Valores de APS entre el PSF y la US se observa una extensión significativamente mayor de los atributos de Integralidad (Servicios Básicos), Orientación Comunitaria y Orientación Familiar para los niños que tenían como servicio preferente el PSF, así como el Valor General de APS. La proporción de niños con atención sanitaria clasificada con Alto Valor General de APS también ha sido significativamente mayor para los niños del PSF. Por otro lado, tanto para el PSF, como para la US, la proporción de niños con Alto Valor Esencial y General no han sido grandes (57,7 y 52% para el PSF y 45,3 y 27,2% para la US). En este mismo sentido, los Valores de los atributos de APS que se presentaron por encima del 3 han sido Continuidad e Integralidad (Servicios Básicos) para los dos servicios y Orientación Comunitaria y Valor Esencial de APS (>18) para el PSF (Tabla 21).

Tabla 21. Valor de cada atributo de APS para cada servicio público de salud, Porto Alegre, 2002.

Características	**PSF - Servicio preferente (media ± DE / %)**	**US - Servicio preferente (media ± DE / %)**	**p***
Acceso de Primer Contacto	2,7 ± 0,8	2,5 ± 0,8	0,17
Continuidad Interpersonal	3,4 ± 0,6	3,4 ± 0,6	0,61
Coordinación del Cuidado	2,8 ± 1,1	2,9 ± 1,0	0,54
Integralidad – Servicios Básicos	3,5 ± 0,4	3,2 ± 0,4	<0,001
Integralidad – Servicios Complementarios	2,3 ± 0,6	2,3 ± 0,6	0,42
Integralidad – Acciones de Promoción y Prevención	2,7 ± 1,0	2,6 ± 1,1	0,44
Orientación Comunitaria	3,1 ± 0,8	1,6 ± 0,6	<0,001
Orientación Familiar	2,3 ± 0,9	2,1 ± 0,9	0,03
Valor Esencial de APS	18,2 ± 2,7	17,6 ± 2,5	0,10
Valor General de APS	23,6 ± 4,0	21,3 ± 3,4	<0,001
Proporción de niños con alto Valor Esencial de APS (≥18)	109 (57,7%)	73 (45,3%)	0,07
Proporción de niños con alto Valor General de APS (≥24)	93 (52,0%)	43 (27,2%)	<0,001
Total	**195**	**165**	

* Test “t” para medias y test ji-cuadrado de Pearson para proporciones.

4.3.3 Valor y efectividad de la APS

a) Características asociadas a la presencia y a la extensión de APS

En un primer momento buscamos identificar que variables sociodemográficas, de la red social y de la utilización de los servicios de salud podrían estar relacionadas al Alto Valor General de APS (≥ 24). En la Tabla 22 mostramos que el

color de la piel de los niños (blanco), el mayor número de hermanos y, principalmente, utilizar el PSF como servicio preferente de consulta presentaban asociación significativa a través del análisis bivariado, mientras la mayor edad de la madre presentaba fuerte tendencia de asociación significativa con el Alto Valor General de APS (Tabla 22). Cabe enfatizar que no hubo diferencia estadística en la distribución del sexo para los grados del Valor General de APS.

Tabla 22. Características sociodemográficas, de utilización de servicios y del estado de salud de los niños clasificados con Alto y Bajo Valor General de APS, Porto Alegre, 2002.

Características sociodemográficas y de salud	**Alto Valor General de APS (≥24) (media ± DE / %)**	**Bajo Valor General de APS (<24) (media ± DE / %)**	**p***
Edad de los niños	12,0 ± 6,7	13,3 ± 6,7	0,13
Sexo de los niños (masculino)	82 (51,9%)	154 (54,4%)	0,58
Niños blancos	109 (71,2%)	168 (61,5%)	0,01
Número de hermanos	1,8 ± 1,7	1,5 ± 1,7	0,04
Edad de la madre	27,3 ± 6,5	26,1 ± 7,0	0,05
Escolaridad de la madre	7,4 ± 3,0	7,5 ± 3,1	0,63
Proporción de niños con la madre como cuidadora principal	149 (94,3%)	265 (93,6%)	0,78
Renta familiar per capita < US$ 1,00 por día	55 (37,2%)	100 (37,6%)	0,95
Renta familiar per capita (US$)	44,9 ± 36,8	54,4 ± 52,7	0,13
Número de persona por dormitorio	3,0 ± 1,2	3,0 ± 1,2	0,88
Número de años de la familia en la comunidad (media ± DE)	10,1 ± 8,5	11,3 ± 9,8	0,07
PSF - servicio preferencial de consulta	93 (68,4%)	86 (42,8%)	<0,001
Menos de 6 meses de acompañamiento por el servicio de salud	41 (25,6%)	72 (25,5%)	0,95
Número de consultas realizadas en el servicio de salud: ≤ 10 consultas	85 (53,8%)	164 (58,0%)	0,42
Familias que han elegido el servicio de salud	79 (50,0%)	134 (47,4%)	0,64
Niños con ingreso hospitalario en el último año	28 (17,7%)	60 (21,2%)	0,31
Niños con enfermedad crónica	12 (7,6%)	32 (11,6%)	0,19
Niños que ya han consultado con especialista	52 (32,9%)	82 (29,2%)	0,40
Familias sin cobertura por seguro salud privado en el último año	116 (73,4%)	209 (73,9%)	0,94
Total	**158**	**283**	

* Test “t” para medias y test ji-cuadrado de Pearson para proporciones.

A partir de la Tabla 22 construimos un modelo explicativo, a través de la regresión logística, a fin de determinar de manera más rigurosa que variables tenían asociación significativa con el Alto Valor de APS. El modelo final, presentado en la Tabla 23, muestra la fuerte asociación entre el PSF y el Alto Valor General de APS, así como una importante asociación significativa entre el color de la piel blanco del niño y el Alto Valor General de APS.

Tabla 23. Modelo explicativo multivariable del Alto Valor General de APS, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p*
Edad del niño en meses	0,98 (0,94-1,01)	0,16
Número de hermanos	1,13 (1,00 – 1,28)	0,06
Color de la piel del niño (Blanco)	1,93 (1,21 – 3,10)	0,01
Servicio preferencial: PSF	3,14 (1,77 – 5,58)	0,001

*Regresión logística.

b) Efectividad de la APS

A fin de determinar posibles asociaciones entre los Valores de APS y las actividades preventivas y el estado de salud de los niños se ha dividido la muestra entre los niños que tenían Valores de los atributos de APS mayores o iguales de 3, Valor Esencial de APS $\geq$ 18 y Valor General de APS $\geq$ 24. Estos puntos de corte representaban los niños que recibían atención sanitaria con alto grado de extensión de los atributos de la APS.

La Tabla 24 muestra que el Alto Valor General de APS estaba significativamente asociado, en un análisis bivariado, al uso de sulfato ferroso y vitaminas A+D en el primer año de vida, a la mayor satisfacción de los cuidadores con la atención sanitaria y con mayores medias del grado de salud percibido por el cuidador. El grado de salud percibido caracterizado como “excelente” o “muy bueno”, así como el apunte reciente del peso en el Gráfico de Crecimiento presentaron fuerte tendencia estadística de asociación con el Alto Valor General de APS.

Tabla 24. Estado de salud y actividades preventivas según el Valor General de APS, Porto Alegre, 2002.

Características de salud y actividades preventivas	Alto Valor General de APS (≥24) (media ± DE / %)	Bajo Valor General de APS (<24) (media ± DE / %)	p*
6 o + consultas de prenatal	124 (81,0%)	198 (72,8%)	0,15
Peso de nacimiento < 2.500 g	11 (7,9%)	20 (8,0%)	0,95
Rastreo para fenilcetonuria y hipotiroidismo	149 (96,8%)	255 (93,8%)	0,17
Lactancia materna exclusiva ≥ 4 meses #	60 (81,1%)	140 (87,5%)	0,16
Niño con Carné de Vacunas	149 (94,3%)	257 (91,1)	0,13
Esquema de inmunización completo #	54 (94,7%)	117 (90,7%)	0,49
Uso de sulfato ferroso en el primer año de vida	98 (62,0%)	136 (48,2%)	<0,01
Uso de vitamina A+D en el primer año de vida	97 (63,0%)	144 (51,8%)	0,04
Niños con último apunte del peso en el Gráfico de Crecimiento ≤ 2 meses	83 (64,8%)	102 (48,8%)	0,06
Diarrea en los últimos 3 meses	45 (28,7%)	108 (38,6%)	0,10
Uso del SRO si diarrea en los últimos 3 meses	24 (55,8%)	46 (44,2%)	0,18
Niños con ingreso hospitalario en el último año	28 (17,7%)	60 (21,2%)	0,31
Niños con enfermedad crónica	12 (7,6%)	32 (11,6%)	0,19
Alto grado de satisfacción con última consulta	141 (89,2%)	179 (63,3%)	<0,001
Salud percibida por el cuidador (1-5)	4,2 ± 1,0	3,9 ± 1,1	0,03
“Excelente” o “Muy buena” salud percibida por el cuidador	115 (72,8%)	176 (62,2%)	0,05
Total	**158**	**283**	

* Test “t” para medias y test ji-cuadrado de Pearson para proporciones.
# Para niños con edad ≥ 12 meses.

Al seleccionarmos los niños cuyas familias tenían renta per capita inferior a US$ 1,00 por día, encontramos asociación significativa entre el Alto Valor General de APS y el rastreo para fenilcetonuria y hipotiroidismo, el uso del sulfato ferroso y de las vitaminas A+D en el primer año de vida, la satisfacción del cuidador con la atención sanitaria, así como con el grado de salud percibido por el cuidador. Tener el esquema de inmunización completo al final del primer año de vida presentaba importante tendencia de asociación con el Alto Valor General de APS, pero sin significación estadística. Importante resaltar, también, que la proporción de niños con bajo peso al nacer era mayor en el grupo de niños con Alto Valor General de APS que en el grupo de Bajo Valor General de APS (Tabla 25).

Tabla 25. Estado de salud y actividades preventivas según el Valor General de APS entre las familias con renta per capita inferior a US$ 1,00 por día, Porto Alegre, 2002.

Características de salud y actividades preventivas	Alto Valor General de APS (≥24) (media ± DE / %)	Bajo Valor General de APS (<24) (media ± DE / %)	p*
6 o + consultas de prenatal	34 (68,0%)	57 (58,8%)	0,34
Peso de nacimiento < 2.500 g	7 (16,7%)	4 (4,8%)	0,04
Rastreo para fenilcetonuria y hipotiroidismo	52 (100,0%)	86 (89,6%)	<0,01
Lactancia materna exclusiva ≥ 4 meses #	21 (80,8%)	49 (90,7%)	0,17
Niño con Carné de Vacunas	51 (92,7%)	86 (86,0%)	0,18
Esquema de inmunización completo #	21 (100,0%)	35 (89,7%)	0,08
Uso de sulfato ferroso en el primer año de vida	36 (65,4%)	42 (42,4%)	0,03
Uso de vitamina A+D en el primer año de vida	35 (64,8%)	44 (45,4%)	0,04
Niños con último apunte del peso en el Gráfico de Crecimiento ≤ 2 meses	27 (60,0%)	37 (56,1%)	0,72
Diarrea en los últimos 3 meses	24 (43,6%)	34 (34,3%)	0,31
Uso del SRO si diarrea en los últimos 3 meses	14 (63,6%)	15 (44,1%)	0,14
Niños con ingreso hospitalario en el último año	15 (27,3%)	18 (18,0%)	0,13
Niños con enfermedad crónica	5 (9,3%)	9 (9,4%)	0,98
Alto grado de satisfacción con última consulta	48 (87,3%)	59 (59,0%)	<0,01
Salud percibida por el cuidador (1-5)	4,0 ± 1,2	3,6 ± 1,1	0,03
“Excelente” o “Muy buena” salud percibida por el cuidador	40 (72,7%)	51 (51,0%)	0,03
Total	**55**	**100**	

Para niños con edad≥ 12 meses.
* Test “t”para medias y test ji-cuadrado de Pearson para proporciones.

Con el objetivo de controlar la asociación entre los valores de APS, las actividades preventivas y el estado de salud de los niños para posibles factores de confusión procedimos al análisis multivariable a través de modelos de regresión logística, conforme descrito en la metodología. Partiendo de este análisis, verificamos que los niños con Alto Valor General de la APS tenían significativa mayor probabilidad de presentar la salud percibida por el cuidador clasificada como “excelente” o “muy buena” y haber utilizado el sulfato ferroso o las vitaminas A+D en el primer año de vida. Así como los cuidadores de los niños que presentaban Alto

Valor General de la APS tenían mayor probabilidad de tener alto grado de satisfacción con la última consulta médica (Tablas 26, 27, 28 y 29).

Tabla 26. Grado de asociación entre la salud percibida por el cuidador como "Excelente" o "Muy Buena" y el Alto Valor General de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p
Color de la piel del niño (Blanco)	1,62 (1,02 – 2,57)	0,04
Escolaridad de la madre	1,20 (1,12 – 1,28)	<0,001
Familia parental	1,85 (1,04 – 3,29)	0,04
Número de consultas realizadas en el servicio de salud: ≤ 10 consultas	1,85 (1,12 – 3,07)	0,02
Niño con enfermedad crónica	0,45 (0,23 –0,88)	0,02
Alto Valor General de APS	1,65 (1,02 – 2,69)	0,04

Tabla 27. Grado de asociación entre el uso de sulfato ferroso durante el primer año de vida y el Alto Valor General de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p
Edad del niño en meses	1,08 (1,04 – 1,12)	0,001
Número de hermanos	0,91 (0,81 – 1,02)	0,09
> 6 meses en acompañamiento por el servicio de salud	2,22 (1,34 – 3,69)	<0,01
Alto Valor General de APS	2,16 (1,44 – 3,25)	0,001

Tabla 28. Grado de asociación entre el uso de Vitaminas A + D en el primer año de vida y el Alto Valor General de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p
Peso de nacimiento > 2.500g	0,35 (0,14 – 0,92)	0,03
Escolaridad de la madre	1,12 (1,04 – 1,20)	<0,01
> 6 meses en acompañamiento por el servicio de salud	2,16 (1,24 – 3,76)	<0,01
Alto Valor General de APS	1,78 (1,15 – 2,77)	0,01

Tabla 29. Grado de asociación entre el alto grado de satisfacción con la última consulta y el Alto Valor General de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p
Niño con ingreso hospitalario en el último año	0,54 (0,31 – 0,96)	0,04
Madre trabaja fuera del hogar	1,50 (1,02 – 2,20)	0,04
Cuidador que ha elegido el servicio de salud	2,11 (1,30 – 3,41)	<0,01
Alto Valor General de APS	5,13 (3,08 – 8,56)	<0,001

Realizamos proceso semejante de análisis multivariable para la asociación entre las actividades preventivas y el estado de salud con el Valor Esencial de APS y con los Valores de cada atributo de la APS. A través de este procesó, identificamos la mayor probabilidad estadísticamente significativa de los niños que utilizaron solución casera de rehidratación oral en episodio de diarrea de tener Alto Valor Esencial de APS (OR = 2,08, IC = 1,01-4,28) (Tabla 30).

Tabla 30. Grado de asociación entre utilizar el SRO en caso de diarrea y el Alto Valor Esencial de APS a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p
Madre trabaja fuera del hogar	0,69 (0,49 – 0,97)	0,04
Número de consultas realizadas en el servicio de salud: $\leq$ 10 consultas	0,65 (0,33 – 1,30)	0,21
Alto Valor Esencial de APS	2,08 (1,01 – 4,28)	0,048

Los niños que tenían el último apunte del peso en el Gráfico de Crecimiento en intervalo inferior a 2 meses de la fecha de la aplicación de la encuesta presentaban mayor probabilidad de tener Alto Valor de Continuidad (OR = 1,78, IC = 1,04-3,06). En este mismo sentido, los niños que tenían cualquier notación de peso en el Gráfico de Crecimiento presentaron mayor probabilidad significativa de tener Alto Valor de Orientación Comunitaria (OR =2,82; IC = 1,07 -7,38) (Tablas 31 y 32).

Tabla 31. Grado de asociación entre tener el peso recientemente (≤2 meses) apuntado en el gráfico de crecimiento y tener Alto Valor de Continuidad a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p
Edad del niño en meses	0,82 (0,79 – 0,86)	<0,001
Edad de la madre	0,95 (0,92 – 0,98)	<0,01
Tiempo de vida en la comunidad	0,96 (0,93 – 0,99)	0,03
Servicio preferente: PSF	3,91 (1,33 – 11,49)	0,02
Alto Valor de Continuidad	1,78 (1,04 – 3,06)	0,04

Tabla 32. Grado de asociación entre tener algún apunte del peso en el gráfico de crecimiento y tener Alto Valor de Orientación Comunitaria a través de la regresión logística, Porto Alegre, 2002.

Variables presentes en el modelo final	Odds Ratio (Intervalo de Confianza)	p
Edad del niño en meses	0,94 (0,89 – 0,99)	0,03
Número de hermanos	0,72 (0,64 – 0,82)	<0,001
Niño con enfermedad crónica	6,10 (1,27 – 29,36)	0,03
Servicio preferente: PSF	2,78 (1,19 – 6,51)	0,02
Alto Valor de Orientación Comunitaria	2,81 (1,07 – 7,40)	0,04

4.3.4 Sugerencias de los cuidadores para mejorar la atención

La última pregunta de la encuesta era una cuestión abierta sobre las sugerencias de los cuidadores para mejorar la calidad de la atención en el servicio de salud evaluado. Cada cuidador podría dar varias respuestas que fueron posteriormente agrupadas en categorías homogéneas. En la Tabla 33 exponemos las 10 categorías más frecuentes en orden decreciente y el número de respuestas que las compusieron.

Tabla 33. Categorías de sugerencias de los cuidadores para mejorar los servicios de salud, Porto Alegre, 2002.

Categorías	Número de respuestas
Mejorar la forma de marcación de consultas	95
Disponer médicos especialistas	92
Más consultas	83
Tener más médicos en los servicios	79
Ampliar el horario de funcionamiento	76
Disminuir tiempo de espera en el servicio	55
Mejorar aspectos del cuidado de los profesionales (médicos / enfermeras) con los niños	48
Disponer atención odontológica	42
Más cordialidad y atención de todos los profesionales	40
Más cordialidad en la recepción	31

5. DISCUSIÓN

La realización de una versión traducida y validada del PCATool posibilita una estrategia de evaluación y comparación de la calidad de los servicios de APS brasileños dirigidos a la población infantil, contribuyendo para la medida de la extensión de sus atributos. Además, sus valores se asocian con la efectividad del proceso de atención sobre las actividades preventivas, mejor salud y satisfacción. Así, puede constituirse en estrategia sistemática de evaluación de los equipos hacia la APS de calidad.

La realización de las actividades preventivas ha sido muy similar entre el PSF y las USs, a pesar del PSF presentar mejor vigilancia del crecimiento. Sin embargo, en ambos servicios algunas de estas acciones deberían presentar mayor cobertura. La satisfacción de los cuidadores entre el PSF y las USs era bastante semejante, con pequeña superioridad para el PSF. El PSF presenta mayor orientación hacia la APS que las USs, pero en ambos servicios hay mucho que avanzar en la búsqueda de la excelencia en APS. En resumen, la decisión de reforzar la APS a través de la implantación de equipos de PSF parece ser adecuada.

Los resultados sobre la efectividad de la APS indican que los niños que reciben atención primaria de calidad, con mayor extensión de sus atributos, poseen mayor probabilidad de recibir actividades preventivas, de tener mejor salud percibida por el cuidador y también presentar mayor satisfacción de los cuidadores acerca de las consultas. Así, por consiguiente, la APS de calidad es una estrategia efectiva en la búsqueda de mayor promoción de la salud, prevención de enfermedades, mejor estado de salud de los niños y mayor satisfacción de los cuidadores.

Limitaciones del estudio

Primeramente, dado el diseño transversal de esta investigación, es importante enfatizar que los análisis presentados reflejan asociaciones estadísticas y no inferencias causales. Del mismo modo, no se puede excluir la posibilidad de causalidad reversa entre algunas variables dependientes y otras independientes. Un ejemplo es la relación entre el Alto Valor General de APS y el grado de salud percibido por el cuidador. Podría suponerse que los niños con mejor salud tuviesen mayor facilidad de obtener atención primaria de calidad que los niños menos saludables al contrario de suponerse que al recibir atención primaria de calidad se crean condiciones para obtener mejor estado de salud. Sin embargo, estudios prospectivos ya identificaron que al recibir atención primaria de calidad se podría producir mejor estado de salud[21].

En segundo lugar, la población estudiada representaba a la población de niños adscritos a los servicios públicos de atención básica a la salud de la región sur de Porto Alegre, lo que no permite la extrapolación de los resultados para toda la ciudad. Pero las características de los servicios públicos de salud – PSF y US – en Porto Alegre son bastante similares, lo que puede permitir algún grado de extrapolación de los resultados para el restante de los servicios de la ciudad.

En tercer lugar, hubo un bajo porcentaje de pérdidas (4,9%), con proporción mayor para la Unidades Sanitarias, lo que podría introducir un sesgo de selección, pero no hubo significación estadística entre la cantidad de pérdidas del PSF y de las USs. Por otro lado, este bajo porcentaje ocurrió debido al intenso trabajo de campo realizado por los coordinadores y los encuestadores.

Cuarto, la muestra se originó de los registros de las unidades, porque interesaba saber lo que pasaba con los niños adscritos a los servicios públicos de atención básica a la salud, aunque su local de consulta preferente no fuera este servicio. Esta decisión ha reducido la muestra de niños para la comparación entre PSF y US. Sin embargo, en caso de que se excluyeran los niños que tenían otros servicios como local preferente de consulta se produciría un sesgo de selección sobre el comportamiento de la gente frente a los servicios. La intención era saber lo

que pasaba con los niños del registro, ya que estos registros son utilizados para el planeamiento y organización de las acciones de los servicios de salud.

Quinto, la encuesta que utilizamos era bastante larga debido a la necesidad de validación del PCATool-Brasil y de la realización de la evaluación de los servicios, lo que podría producir agotamiento y menor atención del encuestado. Por otro lado, la percepción de los encuestadores no apuntó en este sentido, ya que les pareció que los encuestados mantenían la atención a lo largo de toda la realización de la encuesta. Así mismo, a partir de la validación, se disminuye el número de preguntas del PCATool-Brasil a los ítems validados.

En sexto lugar, la definición del color de la piel de los niños fue a través de la opinión de los cuidadores, siguiendo el modelo de pregunta utilizado por el *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE)[98] en los censos nacionales. Este tipo de definición puede producir sesgo de clasificación, sin embargo la literatura no es uniforme cuanto a la mejor manera de identificación del color o etnia en Brasil[99]. Lo importante es dejar bien claro el tipo de definición de color de la piel utilizado a fin de no realizarse comparaciones imprudentes. En nuestra investigación el papel del color de la piel era más importante que la etnia, ya que la relación que se buscaba estudiar era la de la discriminación de los niños y sus familias en el contacto con los servicios de salud y no relaciones biológicas. Además, el efecto independiente del color de la piel de los niños sobre la calidad del cuidado sanitario no era el foco principal de esta investigación, lo que exige cautela en su interpretación.

Por último, los encuestados fueron los cuidadores de los niños, dada la obvia imposibilidad de evaluarse su cuidado a través de su propia opinión. La única manera de evaluar la experiencia de los usuarios frente a los servicios de salud es a través de sus opiniones o, en el caso de niños de baja edad, de la opinión de sus cuidadores. Cabe enfatizar que la utilización de respondientes vicarios en estudios sobre la salud de los niños puede influenciar las respuestas. Sin embargo, según Rajmil et al[100], las variables de los respondientes vicarios que más influenciarían las respuestas sobre enfermedad crónica y accidentes en niños serían: edad mayor que 55 años, sexo masculino, ser el padre o abuelos del niño. Nuestros respondientes tenían edad bastante inferior y fueron las madres de los niños en 94% de los casos.

Además, en el estudio de Rajmil et al no se encontró relación entre las variables del respondiente y los datos sobre el cuidado sanitario de los niños como las consultas médicas o ingresos hospitalarios.

Perfil de la muestra

Los niños y las familias estudiadas, originadas de los registros de las unidades del PSF, presentaban peor condición socioeconómica cuando comparados a los niños originados de las Unidades Sanitarias, caracterizando mayor vulnerabilidad a posibles daños a la salud en este grupo. Además de la peor condición socioeconómica de las familias de los niños originados del PSF, la distribución del color de la piel entre los 2 diferentes tipos de servicios de origen de los niños también era desigual. La proporción de niños no-blancos era mayor en el PSF, a pesar de presentar solamente tendencia estadística. Estos datos indican que los equipos del PSF se localizan en áreas de mayor vulnerabilidad social que las USs.

Validación del PCATool-Brasil

La validación del PCATool en Brasil resultó en la exclusión de un considerable número de items (32) de la escala original. De los 9 items excluidos en el proceso de adaptación 2 se referían a aspectos de edad del grupo estudiado y 1 a la cuestión idiomática. Los otro 6 items se referían a acciones en salud ausentes en los servicios estudiados. Este hecho ya indica una menor disponibilidad de acciones y, por tanto, una menor integralidad de los servicios, principalmente referente a la salud bucal. Por otro lado, al estudiarse servicios con mayor disponibilidad de acciones, se podría intentar incluir estos items en la dimensión de Integralidad – Servicios Complementarios Disponibles - y rehacerse el análisis de la validación.

El modelo de análisis factorial con 8 factores fijos fue elegido por representar más adecuadamente el concepto de los atributos de la APS, permitiendo la evaluación de los 4 atributos esenciales (Acceso, Continuidad, Coordinación e Integralidad) y de 2 de los 3 atributos derivados (Orientación Familiar y Comunitaria). De esta manera, estos resultados reafirmaron la definición conceptual de los dominios (atributos) de la escala original. Sin embargo, cuando realizamos la

evaluación conceptual de los 8 factores excluimos aún 23 items de la herramienta original. La mayor parte de los items excluidos representaban originalmente el atributo de Acceso (9) y de Coordinación (8), refiriéndose principalmente a los aspectos de organización general de los servicios como: horario de funcionamiento de la unidad y el flujo de pacientes entre los distintos niveles de la atención. Estos aspectos, en el sistema de servicios públicos de salud de Porto Alegre, son definidos por la administración central, presentándose homogéneos en todos los servicios de atención básica. Las unidades básicas no funcionan los fines de semana, ni por las noches, a excepción de algunas unidades seleccionadas en los meses de invierno debido al mayor número de enfermedades respiratorias. La definición de citas para consultas de referencia a otros niveles de atención se realiza a través de una Central de Citas para Consultas, lo que también iguala las dificultades y facilidades de acceso entre los usuarios de distintos servicios. Así, se obtuvo respuestas homogéneamente muy por debajo de la media general de cada factor en los items referentes a los horarios de funcionamiento y al acceso al nivel secundario y terciario de atención, con consecuente baja carga factorial. Doce de estos 17 items fueron excluidos por baja carga factorial, mientras el restante fue excluido por falta de relación conceptual con los otros items del factor.

Nuestra elección de este modelo de 8 factores fijos resultó en una explicación de la variancia alrededor de 40%, semejante a otros procesos de validación de herramientas de evaluación de la calidad de servicios de salud[101], inclusive al proceso de validación del PCATool original[90]. Esta proporción se explica por el número de items excluidos, principalmente por la exclusión total de los últimos 2 factores creados a través del análisis factorial. Así mismo, una variancia acumulada alrededor de 40% de un evento tan complejo como la interfaz usuario-servicio de salud posibilita al PCATool-Brasil ser utilizado como una de las formas de evaluación de servicios de atención primaria de salud.

La fiabilidad, definida a través de la comparación del test con el retest, presentó resultados que nos permitieron asumir la estabilidad de la escala en el tiempo. Sin embargo, la dimensión Integralidad - Acciones de Promoción y Prevención - presentó baja concordancia en el retest, posiblemente debido a nuevas experiencias de los usuarios en los servicios de salud. Niños de edad menor

que 2 años tienen una alta frecuencia de consultas en los servicios de salud (42% de los niños con 11 o más consultas) y reciben orientaciones de prevención y promoción de acuerdo con su edad, posibilitando gran diferencia de orientaciones en corto período de tiempo (1-2 meses entre el test y el retest).

Los demás resultados obtenidos en el proceso de validación del PCATool-Brasil muestran que las 8 dimensiones referentes a los atributos de la APS poseen validad y confiabilidad suficientes para su aplicación en otros estudios sobre la salud infantil en Brasil[102]. Todos los items de las 8 dimensiones seleccionadas a través del análisis factorial poseen carga factorial y correlación item-total de acuerdo con los criterios previamente establecidos. El PCATool-Brasil validado cumplió con las suposiciones de Likert, con valores muy adecuados del α de Cronbach confirmando la consistencia interna de la escala. Los resultados de la razón de éxito de la escala demostraron también que los items de cada dimensión tenían la mayor correlación item-total posible dentro de su propia dimensión conceptual, fortaleciendo la consistencia del PCATool -Brasil validado. Además, la asociación significativa entre la “excelente” o “muy buena” salud de los niños percibida por el cuidador con el Alto Valor General de la APS confirma la validación de constructo del PCATool-Brasil.

A pesar de las limitaciones comentadas, la validación de esta herramienta posibilita una estrategia de evaluación y comparación de los servicios de APS brasileños dirigidos a la población infantil de fácil realización. Al encuestarse los cuidadores de los niños acerca de la calidad del cuidado que reciben de un proveedor específico se proporcionan condiciones de reafirmación o reformulación de aspectos de estructura y proceso del cuidado de este proveedor hacia una APS de alta calidad. El hecho de valorar las experiencias y no la satisfacción de los usuarios sobre varios aspectos del cuidado en APS permite identificar que características deben ser cambiadas o reforzadas[103]. La valoración de la opinión de los usuarios sobre sus experiencias junto a los servicios de salud es imprescindible, ya que al describirse solamente la visión de los profesionales o gestores algunos aspectos importantes de la calidad del cuidado no serán evaluados[104]. El PCATool, en su versión para niños o para adultos, ya ha sido utilizado en diferentes contextos en los EEUU, posibilitando una forma consistente de evaluarse los atributos de la APS y sus efectos sobre la utilización de servicios y sobre la salud[103, 105, 106].

A través de la aplicación futura del PCATool-Brasil en nuestro país, la Continuidad, el Acceso, la Coordinación, la Integralidad y la Orientación Familiar y Comunitaria de los servicios de salud podrán ser definidos y comparados de forma consistente. Los Valores del PCATool-Brasil podrán, a partir de entonces en Brasil, ser utilizados como indicadores de la calidad de la atención, contribuyendo como una herramienta para la investigación de servicios de salud[107]. Además, sus valores se asocian con la efectividad del proceso de atención sobre actividades preventivas, mejor salud y satisfacción. Así, el PCATool-Brasil puede constituirse en estrategia de evaluación y acreditación de los equipos hacia APS de calidad. La evaluación de los servicios de APS – especialmente el PSF en los distintos municipios – hará posible avanzar la construcción colectiva de servicios de atención primaria de alta calidad.

Utilización de los servicios de salud

La identificación del servicio de salud de referencia de los niños mostró que no todos los niños registrados en la unidad de salud de origen de la muestra tenían tal unidad como su servicio de salud preferente. La proporción de niños que tenía otro servicio de salud como su sitio preferente de consultas era significativamente mayor en los niños adscritos a las USs (32,9%) que al PSF (22,6%). Este contingente de niños cuyos cuidadores buscaban otros servicios de salud como su fuente regular de cuidados presentaba mejor condición socioeconómica, además de presentar mayor edad media y tener una familia con menor número medio de miembros. Estos niños presentaban también mayor cobertura por seguro privado o empresarial de salud y sus familias habían elegido libremente el servicio de referencia en una proporción más elevada. Otro aspecto que diferencia los niños cuyos cuidadores buscaron otros tipos de servicios de salud es el estado de salud de los niños. La proporción de niños con algún ingreso hospitalario en el grupo de niños que consultaban en otros servicios era 1,5 a 3 veces mayor que los niños que consultaban en el PSF o en las USs, respectivamente 20,5% y 10,9%. En el mismo sentido, la proporción de niños que presentaban enfermedad crónica en este tercero tipo de servicios de salud era prácticamente el doble de los niños con enfermedad crónica del PSF o de las USs.

Estas diferencias parecen apuntar dos situaciones distintas. La primera se refiere a niños cuyas familias poseen mejores condiciones socioeconómicas y recursos de salud (seguro privado), buscando libremente otros servicios fuera del sistema público. La proporción de familias con cobertura por seguro salud crecía siguiendo el orden PSF, US y otros servicios. Este hecho indica que, con fuerte tendencia de significación estadística, las familias dejan de buscar el SUS cuando están cubiertas por seguro de salud privado.

Es interesante reforzar que la libre elección del servicio de salud parece tener una relación inversa con el grado de afiliación con el servicio. Dentro del grupo de niños que tenían como servicio preferente el PSF, la proporción con fuerte grado de afiliación era grande (67,7%), mientras era pequeña la proporción que lo había elegido libremente (29,7%). Lo opuesto ocurrió con el grupo de niños de otros servicios. Esto puede indicar que cuando hay mayor libertad de opciones, las familias testan diferentes servicios en busca de mejor cuidado (efecto "*shopping around*").

Estos datos son similares a los datos de Silva et al de Embu, São Paulo[108]. En este estudio de base poblacional, al dividir la población del municipio en 4 estratos económicos, se identificó que el estrato más pobre utilizaba los servicios públicos de atención básica a la salud como prácticamente su única opción. Sin embargo, la población de los otros estratos, con mayor proporción de cobertura por seguro salud, todavía utilizaba en alguna medida los servicios públicos, pero buscaban considerablemente más servicios privados o vinculados a seguro salud. Otro estudio transversal realizado en Pelotas, RS, en 1992[109] demostró que la población de la clase económica E según la ABIPEME utilizaba casi únicamente los servicios públicos de salud o servicios filantrópicos. Cuanto más los grupos poblacionales se aproximaban de la clase A y B, más utilizaban servicios vinculados a seguros salud o servicios privados.

La segunda situación de búsqueda por otros servicios que no el PSF o las USs parece referirse a niños con peor condición de salud cuyos cuidadores, dentro o fuera del sistema público, buscaban servicios de salud hospitalarios o centros de

especialidades a fin de aproximar sus niños de fuentes de cuidados con mayor estructura de recursos humanos y tecnológicos.

En cualquiera de las dos situaciones hipotéticas, la búsqueda de mayor calidad de la atención puede ser la causa subyacente de la búsqueda por otros servicios de salud que no la red pública de servicios de atención básica. Un estudio transversal realizado en Pelotas, RS, en 1997[110], con madres en el pos-parto inmediato detectó que aproximadamente 50% no habían realizado el prenatal en las USs cerca de sus casas por alegar mala calidad de la atención.

Comparación PSF y US

La primera diferencia importante entre los niños que tenían el PSF como servicio preferente en comparación a los niños que tenían las USs es su condición socioeconómica. Los niños que consultaban en el PSF presentaban peor condición socioeconómica frente a los niños que consultaban en las USs o en otros servicios (públicos o privados).

Hubo diferencia, también, entre los 3 grupos de servicios con relación al color de la piel, con mayor contingente de niños no-blancos en el PSF, pero sin significado estadístico. La relación del color de la piel con indicadores de salud en Brasil, como en todas partes, es bastante contradictoria, siendo difícil separarla de la condición socioeconómica. Dachs[111], al evaluar los datos de la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) de 1998 para todo el país, no encontró asociación significativa independiente entre el grado de salud percibida y el color de la piel, al controlar esta relación para factores socioeconómicos, como escolaridad y renta. Por otro lado, es clara la relación entre el color negro o pardo de la piel con bajos índices de escolaridad y renta, malas condiciones de vivienda y saneamiento, además de mayores tasas de desempleo. En 1999, los negros representaban 45% de la población nacional, pero correspondían a 64% de la población pobre y a 69% de la población indigente[111, 112]. Conforme se ha descrito en la Introducción, estos determinantes básicos del proceso salud-enfermedad tienen gran implicación en el estado de salud y en la cualidad de vida de la gente.

Así, la peor condición socioeconómica de las familias cuyos niños realmente tenían el PSF como servicio de salud preferente nos indica que, en la región sur de Porto Alegre, el PSF cumple con el objetivo de facilitar el acceso a servicios públicos de salud a grupos sociales más vulnerables. La importancia de esta constatación reside en el facto de que estas familias, sin el PSF, tendrían que, con mayor dificultad de accesibilidad, buscar cuidados para los niños en servicios públicos de salud alejados de sus comunidades, ya que, como afirmado en los párrafos anteriores, la clase social parece definir en Brasil el tipo de servicio de salud que la población utiliza.

Las actividades preventivas

La realización de las actividades preventivas evaluadas no se mostró diferente entre los niños del PSF o de las USs. La única excepción ha sido las actividades relacionadas a la vigilancia del crecimiento de los niños. Esta diferencia se explica fácilmente por la presencia y actuación de los Agentes Comunitarios de Salud en el PSF. Una de sus tareas principales es el monitoreo del crecimiento y del desarrollo infantil a través de visitas domiciliares mensuales. Por otro lado, esta explicación no borra el hecho de que la población infantil del PSF está mejor vigilada cuanto a la posibilidad de desnutrición que la población de las USs.

La homogeneidad en la realización de las actividades preventivas en la población de niños de 0-2 años de edad muestra que las orientaciones de la política municipal de salud hacia la infancia saludable – el *Programa Prá- Nenê* - obtuvieron impacto similar entre el PSF y US. Por otro lado, algunas de estas prácticas, como la vigilancia del crecimiento, el uso del sulfato ferroso y de las vitaminas A+D durante el primer año de vida y el uso del SRO en caso de diarrea, deben recibir mayor atención por parte de los profesionales de salud de ambos servicios. Todas estas son prácticas y acciones sencillas cuya efectividad está demostrada por fuerte grado de evidencia[79]. Estos hallazgos confirman los resultados de otros estudios brasileños, citados abajo, que apuntaron la baja realización de acciones típicas de la APS en niños y adultos que consultaban servicios de atención básica.

Son numerosos los estudios de evaluación de servicios públicos de atención básica que demostraron la necesidad de calificar y aumentar la utilización de prácticas y acciones en salud efectivas y de fácil aplicación. Estos estudios, realizados en distintas localidades brasileñas, mostraron la baja realización de exploración ginecológica y de mamas y la baja prescripción de sulfato ferroso durante el prenatal[110], inadecuada captación precoz y pequeño número de consultas de gestantes en prenatal[113], baja cumplimentación de pacientes diabéticos a ejercicios, dieta o tratamiento medicamentoso[114], pequeña proporción de médicos siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud sobre la exploración física, las analíticas y el tratamiento para pacientes diabéticos[115], baja oferta y calidad de acciones educativas en salud reproductiva[116], insuficiente realización de la vigilancia del desarrollo infantil en niños menores de 5 años[66] y baja cobertura del monitoreo del crecimiento de niños menores de 1 año de edad[66].

La práctica clínica en APS debe buscar siempre la excelencia del cuidado. La atención individual y colectiva debe ofrecer e implementar las acciones e intervenciones típicas de APS, con fuerte grado de evidencia ya definidos, a toda la población adscrita. Mientras el escenario de la atención primaria no sea visto como el sitio preferente para el cuidado clínico integral, la APS no podrá intervenir con toda su potencialidad sobre las condiciones de salud de la población. Para tanto, es imprescindible la presencia de adecuada estructura física, de profesionales capacitados para el trabajo en APS, de educación y entrenamiento continuado a todos los profesionales, de motivación y liderazgo dentro del equipo. Ensayo clínico realizado en los EEUU demostró que una intervención de educación continuada, enfocando el proceso de atención, aumentó de 7% para 34% la proporción de niños de 24-30 meses que tenían actividades preventivas adecuadas para su edad[117]. Sin las condiciones materiales y humanas para el ejercicio de una práctica clínica de calidad, los servicios de atención básica en Brasil no alcanzarán los atributos de la APS necesarios para una práctica transformadora en salud.

Satisfacción

La evaluación de la satisfacción de los cuidadores referente a la última consulta del niño mostró mayor grado de satisfacción con el PSF relacionado a los aspectos de la sala de espera (cordialidad de la recepción y tiempo de espera). Todos los otros aspectos evaluados mostraron grados similares de satisfacción entre el PSF y las USs. Es interesante que los aspectos relacionados a la consulta con el médico fueron mejor evaluados que los aspectos referentes a la organización del servicio. La diferencia entre PSF y US ha sido justamente en los aspectos relacionados a la organización y disponibilidad del servicio. Este hecho indica que la presencia más próxima del PSF en las comunidades – equipos menores, ACSs miembros de la comunidad, proximidad geográfica y cultural – favorecen los usuarios en la búsqueda por servicios. Dos otros estudios, ya citados en la Introducción, también mostraron que la menor satisfacción de los usuarios del PSF se relacionaba con aspectos referentes al acceso a la atención básica y al nivel secundario y a la definición de las citas de las consultas[62, 64].

A pesar de existir una tendencia de mayor proporción de cuidadores satisfechos en el PSF, en ambos servicios hubo un considerable número de no-satisfechos (30-35%). Una explicación puede ser la limitación de la libre elección del médico tanto en el PSF, como en las USs. Hay evidencias apuntando que la libre elección del profesional, mismo dentro de limitaciones organizacionales, parece mejorar el grado de satisfacción con el servicio[118, 119].

Otra explicación para la moderada proporción de cuidadores satisfechos pueden estar relacionadas con el proceso de atención. Herman et al[120], al evaluar a través de modelo multinivel la satisfacción de pacientes con la APS en Holanda, afirmó que mucho de la variabilidad de la satisfacción de los usuarios con la APS se debe al proceso de interacción entre el paciente y el profesional de salud, entendido en toda su complejidad. Así, una vez más, la relación profesional-usuario juega papel determinante en la calidad de la atención. En este sentido, diversos estudios [27, 28, 121, 122] demostraron la relación entre la presencia de los atributos de la APS, especialmente la continuidad, la coordinación y la existencia de un medico personal, con mayores grados de satisfacción de los usuarios. Esta relación fue confirmada en

el presente estudio, ya que entre los cuidadores satisfechos la probabilidad del niño presentar Alto Valor General de APS era 5 veces mayor que entre los cuidadores no-satisfechos. La extensión de los atributos de la APS también ha sido mayor en el PSF, donde era mayor el grado de satisfacción. Así, en los servicios de atención básica del sur de Porto Alegre, la extensión de los atributos de la APS parecen ejercer importante papel en la definición de la satisfacción de los cuidadores con el cuidado recibido por sus niños.

Valor de la APS

Nuestros resultados indican que los niños usuarios del PSF están más propensos a recibir atención primaria de calidad. Cuando controlamos el efecto del PSF en la obtención del Alto Valor General de APS para variables sociodemográficas, económicas, de utilización de servicios y del estado de salud se llegó a una probabilidad 3 veces mayor de los niños atendidos por el PSF recibieren atención primaria de calidad. Este facto justifica la política de ampliación de la red de atención primaria en el SUS a través de la creciente implantación de equipos del PSF. Este hallazgo confirma, también, la orientación hacia la APS del modelo asistencial del PSF. Pero, como ya explicitado anteriormente, todavía hay mucho que mejorar en el proceso de atención del PSF hasta llegarse a un modelo de APS con presencia y extensión suficientes de sus atributos para garantir alta calidad de cuidado.

Por otro lado, el modelo explicativo creado para definir que variables estarían asociados al Alto Valor General de APS apunta la posibilidad de existencia de una grave inequidad: los niños blancos tenían prácticamente el doble de probabilidad de recibir atención sanitaria con Alto Valor General de APS que los niños negros y mestizos. Esta asociación se mantuvo cuando controlamos para variables socioeconómicas, que han sido sacadas del modelo final ya que no cambiaban significativamente las asociaciones presentadas en la Tabla 23. Este cuidado metodológico parece indicar que la variable color de la piel de los niños sea un factor independiente en la definición de la calidad de la APS que los niños reciben y no una aproximación al estado socioeconómico. Sin embargo, estudios que tengan como

objetivo principal comparar la calidad de la APS entre niños de diferentes colores de la piel son necesarios para esclarecer con más robustez nuestro hallazgo.

Uno de los objetivos del PSF es reducir las iniquidades presentes en el estado de salud de la población brasileña, lo que transforma este hallazgo en un hecho más alarmante todavía. Importante resaltar que Stevens y Shi[105] al aplicar el PCATool para un grupo aleatorio de niños de California encontraron peores valores de APS para los niños no-blancos, después de controlaren este hallazgo para factores socioeconómicos, demográficos y de estado de salud. Estos hallazgos similares en realidades distintas, pero ambas con amplias desigualdades en salud, confirma la capacidad del PCATool-Brasil en evaluar la calidad de la atención primaria experimentada por los niños y apuntar aspectos de estructura y proceso que deben ser cambiados para disminuir estas desigualdades.

Existen pocos estudios sobre la desigualdad en salud con relación al color de la piel en Brasil. En Pelotas se ha estudiado prospectivamente el efecto del color de la piel sobre la salud de niños menores de 1 año de edad[124], constatándose que los niños negros presentaban mayor prevalencia de bajo peso al nacer, de prematuridad y de déficit nutricional, además de presentar menor cobertura de inmunización, aunque se controlaran para variables socioeconómicas y de cuidado sanitario. En este mismo estudio, las madres negras tuvieron aspectos del cuidado prenatal con peor calidad que las madres blancas. Otro estudio brasileño[125], utilizando datos del PNAD de 1998, encontró que mujeres blancas con restricción de actividades debido a problemas de salud tenían mayor probabilidad de utilizar servicios de salud que mujeres negras en la misma situación, controlándose para efectos del estado socioeconómico.

La relación entre color de la piel y desigualdad socioeconómica, por otro lado, es bastante consistente y ya sido explorada anteriormente (Discusión). Así, el facto de que los niños negros y mestizos ya sufran desigual distribución de los principales determinantes del proceso salud-enfermedad aparecer sumado, en nuestro estudio, a la menor probabilidad de recibir atención primaria de calidad frente a los niños blancos trae más inequidad a su condición de salud.

En países desarrollados la relación entre color de la piel y la salud ya ha sido más estudiada y en los EEUU hay varios estudios demostrando que los negros reciben peor atención sanitaria. Uno de estos estudios, realizado en los EEUU con datos de 1997[126], mostró que adultos blancos tenían mejor relación médico-paciente que no-blancos, sin embargo el acceso y la continuidad del cuidado con un medico de atención primaria disminuya esta disparidad. Siguiendo esta dirección, Shi[127] demostró a través de datos secundarios que los adultos de minorías no-blancas en los EEUU presentaban mayor dificultad de acceso a sus fuentes regulares de cuidado médico, con dificultades para la definición de citas y mayor espera por consultas, controlándose para variables sociodemográficas y del estado de salud. Otro estudio de los EEUU[128] mostró que los médicos de atención primaria que más atendían pacientes negros con edad mayor de 65 años parecían tener menor entrenamiento clínico y menor acceso a recursos clínicos importantes que médicos de atención primaria que atendían más pacientes de misma edad, pero blancos.

Es muy importante definir la relación entre el color de la piel y la calidad de la atención sanitaria en Brasil para crear la base de conocimientos necesarios a fin de planear intervenciones sobre el SUS que busquen eliminar estas posibles disparidades en el cuidado entre negros, mestizos y blancos. En los EEUU, después de la asunción de estas disparidades entre el color de la piel y la calidad de la atención sanitaria, intervenciones están siendo propuestas y llevadas a cabo a fin de cambiar esta realidad[129]. En Brasil, esfuerzos de investigación deben ser realizados a fin de obtener más evidencia sobre la relación de la color de la piel con inequidades en la atención sanitaria para avanzar en la búsqueda de la equidad, principio fundamental del SUS.

Valores de la APS entre PSF y US

De acuerdo con nuestros resultados del PCATool-Brasil, el PSF en la región sur de Porto Alegre presentaba mayor orientación hacia APS que las USs. Tanto el Valor General de la APS, como los Valores de los atributos Integralidad – Servicios Básicos, Orientación Comunitaria y Orientación Familiar fueron significativamente más altos en el PSF. Además, la proporción de niños con Alto Valor General de APS fue mucho mayor en el PSF que en las USs. Estos resultados muestran que, a pesar

de la orientación gerencial común, el modelo de atención del PSF favorece la aplicación de los atributos de la APS con relación a las USs. Así, parece que la estrategia del Ministerio de Salud en utilizar el PSF a fin de reforzar la APS como base del SUS ven obteniendo éxito en la región sur de Porto Alegre.

Por otro lado, los dos tipos de servicios de salud deberían presentar valores más altos para la mayoría de los atributos, ya que solamente los Valores de Integralidad – Servicios Básicos – y Continuidad fueron clasificados como valores altos (>3) para ambos servicios. Para el PSF, el Valor de Orientación Comunitaria y el Valor Esencial de APS (>18) también fueron clasificados como altos. En este mismo sentido, la baja proporción de niños cuya atención sanitaria fue clasificada como de Alto Valor General de APS (52% para el PSF y 27% para las USs) es preocupante. Servicios de atención básica planeados de acuerdo con el modelo de la APS exponen la fragilidad de su proceso de atención al obtener valores tan poco expresivos.

Los atributos de Acceso, Coordinación e Integralidad – Servicios Complementarios – obtuvieron valores semejantes e insuficientes probablemente por una causa común. Ambos tipos de servicios son organizados y administrados por la SMS-POA que establece la política de atención. El PSF y las USs poseen horarios y sistemas de elección de citas para consultas semejantes, con poca diferencia entre las unidades. El horario de funcionamiento es semejante al horario comercial y problemas de salud fuera de este periodo deben ser atendidos en Centros de Salud que poseen servicios de Urgencias. Estos Centros existen en menor número en la ciudad y, muchas veces, debido a la distancia y a la condición económica de la familia, presentan obstáculos importantes de accesibilidad. Así, el gran número de sugerencias de los cuidadores sobre la necesidad de ampliación del horario de funcionamiento y el bajo grado de satisfacción con el tiempo de espera y la cordialidad de la recepción pueden explicar el bajo Valor de Acceso. Actualmente, la SMS-POA está reformulando la elección de citas para las consultas en la red de atención básica a fin de facilitar y humanizar el acceso del usuario (*Projeto Acolhimento*). Los equipos están recibiendo entrenamiento y orientación para recibir los usuarios durante todo el horario de funcionamiento de la unidad, marcando fechas y horarios de consultas de acuerdo con la prioridad y gravedad de cada caso,

no dejando de acoger y escuchar las personas y sus necesidades. La ampliación del acceso a la atención continuada es importante también para reducir el número de consultas no-urgentes en las urgencias[63], ya tan demandadas por la población de Porto Alegre.

Un estudio realizado en los EEUU a través de datos secundarios acerca de 15.000 pacientes[130] ha apuntado que la ausencia de cuidado fuera del horario de funcionamiento del servicio y el largo tiempo en la sala de espera reducían la probabilidad de utilizar el servicio de APS para problemas agudos. De manera similar, la ausencia de cuidado fuera del horario de funcionamiento del servicio y la larga espera para obtener una consulta marcada estaban asociados con menores niveles de continuidad. Estos 3 factores aparecieron en el presente estudio, tanto en la evaluación de la satisfacción, como en las sugerencias de los cuidadores, lo que podría explicar en parte los bajos Valores de Acceso encontrados.

El proceso de referencia a los niveles secundarios y terciarios también presenta problemas importantes en Porto Alegre. Hubo una mejora con la unificación del proceso de definición de citas para las consultas con especialistas a través de una Central de Citas para Consultas, pero la lista de espera es el “tendón de Aquiles” de la integración entre los distintos niveles. Sumado a esto, el proceso de comunicación entre los profesionales de distintos niveles también presenta problemas, no existiendo todavía una tradición de intercambio de información, a pesar de la obligatoriedad del cumplimiento de un documento escrito de referencia y contra-referencia para ambos profesionales. Estos aspectos gerenciales y de relación entre profesionales de distintos niveles comprometen la coordinación del cuidado de los niños por parte de los equipos de las unidades básicas (PSF y US). El proyecto de regionalización, dentro de la ciudad, de las referencias entre los distintos niveles de atención en implantación por la SMS-POA podrá contribuir para mejorar la comunicación y coordinación del cuidado. Centros de especialidades regionales y hospitales regionales recibirán los pacientes oriundos de las unidades de atención básica de esta misma región, facilitando la accesibilidad de los pacientes y la comunicación entre profesionales. En el *Serviço de Saúde Comunitária* del *Hospital Nossa Senhora da Conceição* (SSC-HNSC) hay una planta del hospital donde son ingresados pacientes oriundos directamente de las unidades

de APS del SSC-HNSC. Esto posibilita el acompañamiento continuado de los pacientes durante el ingreso hospitalario por los equipos de APS, la humanización de su cuidado y facilita enormemente el intercambio de información entre el hospital y la unidad de APS.

Un estudio realizado con una muestra representativa de pediatras de atención primaria en Estados Unidos[131] demostró que la mayor proporción de las referencias solicitadas al nivel secundario se debían a la necesidad de una consultoría específica o al manejo conjunto del caso y no a la transferencia del cuidado médico. A pesar de la gran diferencia entre los sistemas y condiciones de salud entre Brasil y EEUU, este estudio apunta para la gran necesidad de estimular y optimizar la comunicación entre el médico de APS y los especialistas en el cuidado de los niños. En este sentido, otro estudio realizado en los EEUU[132], pero con pacientes adultos, mostró que 89% de los pacientes pertenecientes a seguros salud tipo *"managed care"* valorizaban el papel de coordinador del cuidado del médico de APS. Otro estudio estadounidense[133] mostró que los médicos de APS presentaban mayor satisfacción con el proceso de referencia y contra-referencia de los pacientes niños y adolescentes cuando recibían cualquier forma de retorno del médico especialista, principalmente si este retorno fuera una llamada telefónica o una carta. El aspecto de la contra-referencia que más aumentaba la satisfacción de los médicos de APS era la presencia de planes para el manejo conjunto del problema del paciente. Estos datos indican la necesidad de se optimizar el proceso de comunicación entre los médicos de atención primaria y los especialistas a fin de beneficiar la coordinación del cuidado desde la APS.

El bajo Valor de Integralidad – Servicios Complementarios – apunta para la necesidad de calificación de la red de atención básica y de sus profesionales en el cuidado de condiciones comunes y de gran impacto en la salud general de las familias y comunidades como el alcoholismo, el uso de drogas, la salud mental y la prevención y el acompañamiento de la infección por el VIH. Unidades de atención primaria de salud deben ofrecer acciones orientadas más por las necesidades en salud de la población que por programas verticales. Las unidades de atención básica de la región sur de Porto Alegre deben ir más allá de las acciones programáticas para realmente ser consideradas unidades de atención primaria.

Mientras el Alto Valor de Integralidad- Servicios Básicos – obtenido por el PSF certifica su vocación de atender a las necesidades básicas de salud, es necesario que se aumente su esfera de actuación en la búsqueda por una mayor integralidad del cuidado. Además, los valores obtenidos tanto por el PSF, como por las USs en el atributo Integralidad – Acciones de Promoción y Prevención – son muy alarmantes. Los items que forman este atributo se refieren a conductas muy fáciles y sencillas por parte del profesional y de gran impacto en la salud de los niños. Esfuerzos deben ser empleados a fin de motivar los profesionales de salud de la red básica para incluir en su proceso de atención las recomendaciones constituyentes de este atributo. No se puede admitir que en el cuidado de niños con edad inferior a 2 años, orientaciones básicas de promoción de la salud no sean parte de las consultas. El hecho de que en un estudio ya citado, realizado en el PSF y en las USs de Belém[66], las madres también referían la baja realización de acciones de vigilancia del desarrollo de los niños por parte de los médicos indica que esta falla en el proceso de atención pueda tener ámbito nacional. En Cataluña, se realizo una investigación sobre la variabilidad en la realización de prácticas preventivas en adultos usuarios de centros de atención primaria donde se constató que una menor carga asistencial favorecería la práctica preventiva[134]. Quizá la alta carga asistencial sea uno de los factores que podría explicar la baja realización de orientaciones de promoción y prevención a los cuidadores de los niños, ya que los propios cuidadores, en sus sugerencias, apuntaban la necesidad de mayor número de profesionales médicos para mejorar el cuidado recibido.

Sin embargo, el adecuado valor obtenido por el atributo Continuidad expresa una conquista importante del SUS en Porto Alegre, ya que dos estudios realizados en el Rio Grande do Sul, uno en la capital[63] y otro en la ciudad de Rio Grande[135], demostraron, respectivamente, que la continuidad de la atención disminuía la búsqueda de servicios de urgencias por problemas no-urgentes y favorecía el acceso a servicios de salud. Freeman y Hjortdahl[136] en una revisión sobre la importancia de la continuidad, listan una serie de elementos sencillos que deberían ser constituyentes de una política local de los servicios para estimular la continuidad de la atención. Estos elementos se refieren a aspectos de la consulta, del acceso a los servicios de atención primaria, del gestor y de los usuarios. Sus principales

recomendaciones son la transparencia de la política local de la continuidad (personal o del equipo), la información precisa a los usuarios, la definición de citas para las consultas y la recepción de pacientes dirigida a la manutención de la continuidad y la evaluación rutinera del proceso a través del tiempo de espera, de la satisfacción de los pacientes y de los profesionales. Mantener la Continuidad en el proceso de atención a los niños ciertamente producirá impactos positivos en su salud y en la organización de la red de servicios en la ciudad. En este sentido, es importante crear estrategias de mantención de los profesionales en los equipos del PSF, ya que principalmente los médicos cambian mucho el PSF por empleos más valorizados económicamente.

Mismo con el Alto Valor de Continuidad en ambos tipos de servicios, el Valor de Orientación Familiar obtuvo, con pequeña superioridad en el PSF, valores bastante modestos. Parece que los profesionales consiguen establecer una buena relación personal con los cuidadores acerca de la salud de los niños, pero no sobrepasan la cuestión individual, perdiendo la oportunidad de contribuir con la búsqueda por mejor salud de toda la familia. La presencia de un nuevo miembro en la organización familiar (el niño estudiado) abre oportunidades importantes para el profesional de salud actuar junto a todos los envueltos, buscando: enseñar el contexto biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, abordar las creencias y comportamientos de la familia relacionados a la salud, prevenir problemas provenientes de la transición del ciclo familiar y reforzar la utilización de la familia como recurso valioso y responsable para la salud del niño y de los demás miembros[137]. Perder esta oportunidad sencilla de cuidado impide que acciones realizadas en escala individual – la consulta del niño – tomen una dimensión colectiva, reduciendo el impacto potencial de la relación profesional-niño-cuidador.

El atributo Orientación Comunitaria se presentó de manera bastante distinta: alto en el PSF y bastante bajo en las USs. Esta diferencia importante se debe a todo el trabajo “extra-muros” del equipo del PSF y especialmente a la presencia de los ACSs. El trabajo de monitoreo, vigilancia, acompañamiento y visitación domiciliar en la comunidad, practicado en intensidad variada por todos los integrantes de los equipos del PSF, aproxima las familias del equipo, traduciéndose por el alto valor obtenido. Ya en las USs, con fuertes raíces asistenciales previas al proceso de

municipalización de la salud en Porto Alegre, muchos de los profesionales encaran su trabajo como actuación clínica individual, sin relación con el contexto concreto alrededor de la propia unidad. Esta diferencia en los Valores de Orientación Comunitaria muestra que es necesaria mayor actuación gerencial junto a las USs para que su trabajo adquiera también características de inserción e implicación social en el contexto de las comunidades. La interfaz entre APS y salud pública es muy amplia y el trabajo en APS no puede prescindir de acciones colectivas si se pretende cambiar el patrón de salud y enfermedad de una población[138].

Efectividad de la APS

Los resultados del análisis bivariado referentes a la efectividad de la APS nos muestran que su Alto Valor General estaba asociado a la mayor cobertura de actividades preventivas como el uso del sulfato ferroso y de las vitaminas A + D en el primer año de vida. El Alto Valor General de la APS también estaba asociado a la mejor salud percibida por el cuidador y a la mayor satisfacción de los cuidadores con la atención.

El modelo multivariable nos indica que los niños que pertenecían a una familia parental, con mayor escolaridad materna, sin enfermedad crónica, buscando menos el servicio de salud, pero con Alto Valor General de APS y con el color de la piel blanco tenían mayor probabilidad de poseer la salud percibida por el cuidador clasificada como “excelente” o “muy buena”. Una vez más se percibe el efecto del color de la piel asociándose con el estado de salud, demostrando que los niños no-blancos tenían menor probabilidad de presentar su salud clasificada como “excelente” o “muy buena”. Por otro lado, la atención primaria de calidad parece ejercer efecto promotor de mejor salud. Diferentemente de estudio realizado en el comienzo de la década de 90 en Campinas, São Paulo[139], cuando no se identificó, a través de modelo multivariable, asociación significativa entre la continuidad del cuidado y el estado de salud de los niños estudiados.

Cuando controlamos el efecto del Alto Valor General de APS para posibles factores de confusión, mantuvimos su asociación con la realización de medidas preventivas como el uso del sulfato ferroso y de las vitaminas A + D en el primer año

de vida, cuya realización también se favorecía de un mayor tiempo de vida de la familia en la comunidad. En California, se realizó una investigación transversal sobre la realización de prácticas preventivas en mujeres de 18 a 64 años de edad[140], identificándose asociación positiva entre la realización adecuada de estas prácticas y la existencia de una fuente regular de cuidado médico – la continuidad. Esta asociación crecía cuando la fuente regular de cuidado poseía características de la APS, lo que confirma los resultados encontrados en nuestra investigación.

El Alto Valor General de APS mostró un grado de asociación muy importante con la satisfacción del cuidador con la última consulta. Una vez más se confirma el papel del PCATool-Brasil en evaluar efectivamente los servicios de APS, ya que el Alto Valor de APS ha sido la variable que ejerció la mayor asociación con la obtención de satisfacción. De esta forma, nuestro estudio confirma los hallazgos ya citados de que la presencia de servicios de APS de calidad es un factor esencial para la satisfacción de los cuidadores con el cuidado sanitario que sus niños reciben.

Además del Alto Valor General de APS, el Alto Valor Esencial de APS mostró asociación con el uso del SRO en caso de diarrea, confirmando el efecto protector de la salud de la atención primaria de calidad. En la evaluación del papel de los atributos de la APS, tanto el Alto Valor de Continuidad, como el Alto Valor de Orientación Comunitaria estaban asociados a mejor monitoreo del peso de los niños a través del Gráfico de Crecimiento. En un análisis internacional reciente, Starfield y Shi[42], mostraron que sistemas de salud cuyas políticas públicas buscaban la distribución equitativa de recursos para la atención primaria, además de reducir las barreras financieras de acceso a la APS y de estimular el cuidado asistencial hacia la integralidad y la orientación familiar contribuyan más a la salud general de la población que sistemas sin estas características.

Cuando se analizó solamente el grupo de mayor riesgo económico, niños cuyas familias tenían renta per capita inferior a US$ 1,00 por día, el Alto Valor General de APS estuvo asociado a mayor cobertura de actividades preventivas como el rastreo para fenilcetonuria y hipotiroidismo, el uso del sulfato ferroso y de las vitaminas A + D en el primer año de vida, además de fuerte tendencia de asociación con la inmunización adecuada. En este subgrupo poblacional, el Alto

Valor General de APS también se asoció a la mayor satisfacción de los cuidadores, así como con la mejor salud de los niños percibida por los cuidadores. El hecho de en este subgrupo de mayor riesgo económico haber asociación o tendencia de asociación del Alto Valor General de APS con más actividades preventivas (rastreo neonatal, inmunización), con mayor satisfacción y con mejor salud percibida muestra el importante papel de la APS en reducir las desigualdades en salud.

6. CONCLUSIONES

Localmente, al valorar la opinión de la gente que recibe los cuidados, hemos ejercido una forma directa e independiente de control social sobre el proceso de atención a la salud en la región sur de Porto Alegre. Además, al evaluar servicios locales de salud, nuestro estudio apuntó aspectos positivos del proceso de atención y de las acciones en salud de la red de servicios públicos. Por otro lado, al identificar la necesidad de intensificar la cobertura sobre algunas actividades preventivas y de reforzar la orientación hacia la APS de estos servicios, nuestra investigación se transformó en una herramienta práctica de evaluación de los servicios locales de salud.

Nacionalmente, la validación del PCATool-Brasil posibilita la diseminación de una herramienta de evaluación comparativa del grado de orientación hacia la APS de los servicios de atención básica en Brasil. Además, mostramos que el PSF es una estrategia adecuada para ampliar la cobertura poblacional de servicios de atención básica para niños con menos de dos años de edad.

En el escenario internacional, pudimos contribuir para el aumento del grado de evidencia del efecto de la APS de calidad sobre la salud de los niños. Nuestros resultados indican que los niños que reciben atención primaria de calidad, con mayor presencia y extensión de sus atributos, poseen mayor probabilidad de recibir actividades preventivas, de tener mejor salud percibida por el cuidador y también presentar mayor satisfacción de los cuidadores acerca de las consultas.

Así, se puede concluir, a través de nuestra investigación, que:

- El PCATool-Brasil es una herramienta capaz de evaluar, con fiabilidad, confiabilidad y validad suficientes, la calidad de los servicios de atención básica a la

salud infantil en Brasil. Contribuye, también, para la medición de la extensión de los atributos de la APS: acceso, continuidad, coordinación, integralidad, orientación familiar y comunitaria. Además, sus valores se asocian con la efectividad del proceso de atención sobre actividades preventivas, mejor salud y satisfacción. Así, puede constituirse en estrategia de evaluación de los equipos hacia la APS de calidad;

- El PSF en la región sur de Porto Alegre situase en comunidades con áreas de mayor vulnerabilidad social, posibilitando el aumento del acceso de la población vulnerable a los servicios de salud;

- Cuanto mayor el nivel socioeconómico y mayor la cobertura por seguro salud privado o empresarial, más las familias buscan otros servicios de salud que no el PSF o las USs para el cuidado en salud de sus niños;

- La realización de las actividades preventivas es muy similar entre el PSF y las USs, a pesar del PSF presentar mejor vigilancia del crecimiento. No obstante, en ambos tipos de servicios algunas de estas acciones deberían presentar mayor cobertura poblacional;

- El grado de satisfacción de los cuidadores entre el PSF y las USs es bastante semejante, con pequeña superioridad para el PSF. El número de cuidadores no-satisfechos, por otro lado, es significativo, estando más dirigido a aspectos organizacionales que al cuidado médico;

- El PSF presenta mayor orientación hacia la APS que las USs, pero en ambos servicios hay mucho que avanzar en la búsqueda de la excelencia en APS. Por otro lado, la decisión de reforzar la APS en el SUS a través de la implantación de equipos de PSF parece ser adecuada;

- Los niños blancos reciben APS de mejor calidad que los niños no-blancos, independientemente de la clase socioeconómica, configurando situación de grave inequidad;

- La APS de calidad es una estrategia efectiva en la búsqueda de mayor promoción de la salud, prevención de enfermedades, mejor estado de salud de los niños y mayor satisfacción de los cuidadores.

7. IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Así, partiendo de los resultados de nuestro estudio, podemos sugerir intervenciones sobre las políticas públicas locales de salud a fin de calificar la actuación de los equipos de atención básica.

En primer lugar, el gestor municipal – SMS-POA - podría utilizar el PCATool-Brasil como herramienta de evaluación de la calidad de la atención infantil en el PSF y en las USs. A través de su aplicación bianual a muestras pequeñas de la población infantil de cada unidad se podría obtener un importante y continuo diagnóstico de proceso de la red. La aplicación de las encuestas podría ser realizada por estudiantes en práctica ya existentes en el organigrama de las Gerencias de los distritos, que se responsabilizarían por el análisis de los datos y su divulgación a los equipos. De esta manera, sería posible estimular el trabajo de todos los equipos a través de la divulgación de ejemplos de buena práctica referentes a los equipos que obtuviesen mejores valores de la APS y de sus atributos.

En segundo lugar, la SMS-POA, al implantar nuevos servicios de atención básica en áreas de Porto Alegre todavía descubiertas de atención sanitaria, debería implantar equipos del PSF. Al ser menos costosos, dado el soporte financiero del gobierno federal, y más orientados hacía la APS, calificarían la red ya existente. Complementariamente, al proporcionar economía de recursos podría aumentar la red de especialistas del nivel secundario a fin de reducir la dificultad de acceso sugerida por los usuarios.

Tercero, a pesar de la mayor orientación del PSF hacia la APS, es muy importante intervenir sobre la estructura y proceso de atención de ambos tipos de servicios a fin de calificarlos, aumentando la satisfacción de los usuarios. Numerosos

aspectos deberían ser abordados para ambos tipos de servicios: aumento de las prácticas preventivas, mayor orientación familiar, aumentar la integralidad de la atención, facilitar el acceso, estimular una mejor práctica de coordinación del cuidado por parte de los equipos y mantener los altos niveles de continuidad. Además, en las USs se debería buscar mayor orientación comunitaria.

En el Cuadro 14, se presentan sugerencias de estrategias que podrían incidir sobre estos aspectos, una vez discutidas y reformadas en línea con los intereses de los implicados.

Cuadro 14. Sugerencias de estrategias para calificar la estructura y el proceso de atención en los equipos de atención básica (PSF y US) de Porto Alegre.

Aspectos a abordar	**Responsable para la acción**	**Acción**	**Periodo de tiempo**	**Métodos y recursos**
Aumento de las prácticas preventivas.	Proyectos de extensión de las universidades junto a las Gerencias de los distritos.	Intervención basada en la oferta de información actualizada y de reformulación del proceso de atención, según la intervención propuesta por Margolis et al[117]. Además de información sobre prácticas preventivas, esta intervención presupone un cambio en el proceso de atención a través del uso de herramientas sencillas de uso diario (resúmenes de actividades diana, material impreso para el estímulo en el abordaje preventivo, sistemas de búsqueda activa de pacientes) y cambios en la postura del equipo.	Continuamente, haciendo visitas secuénciales a cada equipo, contando con retorno para el monitoreo.	Recursos humanos: profesores y alumnos de las universidades, a través de proyectos de extensión universitaria, junto a profesionales de las gerencias. Métodos: visitas regulares a los equipos con aplicación de la intervención propuesta.

Continuación en la página siguiente.

Mayor orientación familiar.	Proyectos de extensión de las universidades.	Discusión de casos junto a los equipos con énfasis en aspectos relacionados al sistema familiar: dinámica y ciclos familiares, prevención oportuna, aptitud cultural.	Continuamente con una discusión mensual por equipo.	Recursos humanos: profesores y alumnos de las universidades, a través de proyectos de extensión universitaria. Métodos: estimular el pensamiento crítico y las intervenciones propuestas por el equipo sobre el sistema familiar discutido.
Intensificar el cuidado integral.	SMS-POA y Equipos de atención básica.	1. Utilización de la intervención citada en el tópico "Aumento de las prácticas preventivas". 2. Capacitación estructural de las unidades: mayor oferta de herramientas clínicas (protocolos, analíticas, mayor coordinación). 3. Capacitación y entrenamiento de los recursos humanos.	1. Igual al tópico "Aumento de las prácticas preventivas". 2. Continuo. 3. Continuo.	1. Igual al tópico "Aumento de las prácticas preventivas". 2. Intensificar el proceso de creación de protocolos clínicos de la SMS-POA, con concomitante mayor disponibilidad de la capacidad de investigación clínica de los equipos de atención básica (analíticas, exámenes de imagen, etc). 3. Divulgación de los protocolos a los equipos de atención básica y reuniones mensuales de discusión de casos por Gerencia de distrito.
Facilitar el acceso.	SMS-POA, Gerencias de los distritos y Equipos de Atención Básica.	1. Evaluar el efecto del *Projeto Acolhimento* sobre el acceso. 2. Flexibilizar el horario de actuación de los equipos, permitiendo que en algún día de la semana los equipos funcionen hasta más tarde a fin de facilitar el acceso de las madres trabajadoras.	1. Episódicamente después de 1 año de implantación del proyecto y, caso exitoso, recurrentemente. 2. Continua. 3. Continua. 4. Continua.	1. Realización del apartado de Acceso del PCATool-Brasil y de encuesta de satisfacción a los cuidadores de los niños. 2. Flexibilización del horario de trabajo en discusión con el equipo, sin aumentar su carga horaria total. 3. Implantación de más equipos del PSF, disminuyendo el total poblacional

Continuación en la página siguiente.

		3. Aumentar la proporción médico/población, aumentado la oferta de consultas. 4. Incentivar prácticas colectivas que optimicen el acceso a actividades de promoción y prevención de los niños (Grupos de Ayuda Mutua acerca de Cuidados Infantiles)		por equipo. 4. Capacitación de los equipos acerca de prácticas colectivas a través de entrenamiento y supervisión in loco.
Estimular la coordinación del cuidado.	Gerencias de los distritos y Equipos de atención básica.	1. Optimizar el flujo de información entre los distintos niveles. 2. Crear canal de comunicación entre los equipos hospitalarios y los equipos de atención básica a fin de permitir el acompañamiento de los ingresos hospitalarios. 3. Reuniones de discusión de casos seleccionados de acuerdo con criterios de relevancia para la salud pública. 4. Intensificar el proceso de regionalización de las referencias dentro de la ciudad.	1. Continuo. 2. Continuo. 3. Mensual. 4. Continuo.	1. Estimular los médicos de atención básica y los especialistas en el cumplimiento del documento de referencia. Orientar los pacientes a exigir el cumplimiento del documento de referencia, enfatizando los beneficios de tal acción para su cuidado continuado. Estimular el uso del teléfono para intercambiar informaciones sobre los pacientes entre os médicos de APS y los médicos especialistas. 2. Obligatoriedad del equipo hospitalario en comunicar por teléfono a los equipos de atención básica sobre todos los ingresos hospitalarios de usuarios de su área de adscrición. Emitir el documento de baja hospitalaria en 3 copias: 1 para el hospital, 1 para el paciente y 1 para los

Continuación en la página siguiente.

				equipos de atención básica. 3. Crear reuniones mensuales de discusión de casos, por cada Gerencia de distrito, con presencia de los especialistas y de los equipos de atención básica de la región a fin de diseminar conocimiento actualizado y ejemplos de buenas prácticas, además de intensificar y personalizar la relación entre los niveles y el manejo conjunto de casos. 4. A través de la regionalización del flujo de pacientes entre las unidades básicas y los centros de especialistas y hospitales dentro de áreas geográficas comunes a 1 o 2 regiones del Presupuesto Participativo, contribuyendo para el mayor contacto entre los equipos de las unidades de atención básica y los centros o hospitales de especialidades. Facilitaría también la accesibilidad de los pacientes.
Mantener altos niveles de continuidad.	Equipos de atención básica.	1. Entrenamiento de todos los miembros del equipo sobre la importancia de la continuidad, identificación en la historia clínica de cada paciente del médico/enfermera responsable principal por su	1. Continuo. 2. Continuo.	1. Acciones realizadas por los miembros del equipo dentro de sus actividades rutineras. Tener siempre en mente la importancia de la continuidad desde la recepción de los pacientes, la definición de citas, la consulta y hasta en

Continuación en la página siguiente.

		cuidado, divulgación clara a la comunidad de la importancia de la continuidad, y de la política de continuidad del equipo, evaluaciones rutineras del éxito de mantención de la calidad a través del tiempo de espera por consulta y de la satisfacción de los usuarios y profesionales. 2. Estimular la permanencia de los profesionales de salud en los equipos de APS, principalmente los médicos.		las actividades colectivas. 2. Crear un plan de carrera para los profesionales del PSF, estimular, a través de colaboraciones con centros de pos-graduación, la educación continuada y estudios de tercer ciclo universitario y recuperar el valor del salario, tornándolo competitivo y atrayente.
Aumentar la orientación comunitaria en las USs.	SMS-POA, Gerencia de los distritos, Consejos Locales de Salud.	1. A través de la divulgación de nuestros resultados incentivar la participación de los Consejos Locales de Salud en el planeamiento de las acciones de las USs. 2. Introducir la figura del agente comunitario de salud en las USs. 3. Sensibilizar los profesionales de las USs sobre la efectividad de su mayor envolvimiento con la comunidad.	1. Momento de divulgación de los resultados. 2. Viabilidad de la acción a través del presupuesto de la SMS-POA. 3. Continuo.	1. Reuniones del equipo de investigación con los Consejos Locales de Salud (ya realizadas). 2. Negociación de la SMS-POA con el Ministerio de la Salud sobre la creación de equipos del PACS (Programa de Agentes Comunitarios de Salud) vinculados a las USs. 3. Actividades de sensibilización junto a los eventos de educación continuada y capacitación ya existentes.

En cuarto lugar, tanto las Gerencias de los distritos como la Coordinación de la Atención Primaria de la SMS-POA deberían, al realizar actividades de educación continuada y capacitación de los equipos, traer a tona la iniquidad presente en la peor calidad de atención que reciben los niños no-blancos. Esta orientación recurrente serviría para alertar los profesionales acerca de la posibilidad de discriminación de color en el cuidado de los niños en la red básica. Quizá fuera importante, también, involucrar las organizaciones del movimiento negro en actividades lúdicas y de concienciación dirigidas en conjunto a las comunidades y a los profesionales de salud. El programa del gobierno federal de crear plazas en las universidades públicas para estudiantes negros podrá, a largo plazo, aumentar el número de médicos y enfermeros negros contribuyendo para la reducción de esta inequidad.

8. MENSAJE FINAL

El modelo de calidad de la APS discutido en este estudio se relaciona perfectamente con el modelo de "centro de salud saludable" defendido por Galindo Casero, basado en el paradigma de la promoción de la salud: "Un centro de salud puede ser considerado saludable si es accesible, conoce los problemas de salud de la comunidad, promociona los autocuidados, practica la multidisciplinaridad, está bien relacionado con el/los hospital/es de su área, es influyente e innovador, colabora socialmente, practica la excelencia, está abierto a la comunidad….y es capaz de pensar prioritariamente en la promoción y prevención."[141]

Es la búsqueda por "sistemas de salud saludables" que debe guiar el trabajo de investigación en la evaluación de servicios. Será así que la comunidad científica, los gestores, los profesionales de salud y la propia población conseguirán responder a las demandas en salud de la población, especialmente la población más vulnerable. En 2000, en Bangladesh, el movimiento popular global reunido junto a *People's Health Assembly*[142] declaró: "*The principles of universal, comprehensive Primary Health Care (PHC), envisioned in the 1978 Alma Ata Declaration, should be the basis for formulating policies related to health. Now more than ever an equitable, participatory and intersectoral approach to health and health care is needed."*

Así, finalmente, al contribuir local, nacional e internacionalmente con evidencias sobre el efecto de la APS sobre la salud infantil, podemos afirmar que nuestro estudio ha reforzado la lucha del movimiento popular por una red de servicios de APS que realmente busque una vida saludable. Con una pequeña fotografía de la realidad de la APS en Porto Alegre pretendimos contribuir al sueño, el gran sueño, de un mundo mejor y más saludable.

REFERENCIAS

1. World Bank. *World Development Report, 2000/2001: Attacking poverty*. Washington: Oxford University Press, 2001.

2. Starfield B., Paganini J.M.. Is equity a scientific issue? *J Epidemiol Community Health* 2001, 54: 324-325.

3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva/DATASUS. Indicadores e dados básicos, 2002, Brasil. Disponible en <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/matriz.htm#mort>, Acceso en 08 Febrero de 2004.

4. Hartz Z.M.A., Champagne F., Leal M.C., Contandriopoulos A.P.. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saúde Pública* 1996, 30(4):310-18.

5. Szwarcwald C.L., Leal M.C., Castilho E.A., Andrade C.L.T.. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgaria? *Cad Saúde Pública* 1997, 13(3):503-516.

6. Guimarães J.J., Fischmann A.. Desigualdades na mortalidade infantil entre favelados e não favelados no municipio de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 1980. *Bol Ofic Sanit Panamericana* 1986, 101:19-39.

7. Costa M.C.N., Azi P.A., Paim J.S., Silva L.M.V.. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Cad Saúde Pública* 2001, 17(3):555-567.

8. Equipe de Informação, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999, 5(1):34-48. *Prá-Saber*, 2001.

9. Victora C.G., Vaughan J.P., Barros F.C., Silva A.C., Tomasi E.. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet* 2000, 356:1093-1098.

10. Shi L.. Primary care, specialty care and life chances. *Int J Health Serv* 1994, 24(3):431-458.

11. Navarro V., Shi L.. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med* 2001, 52:481-491.

12. Starfield B., 2000. Is equity a scientific issue? *J Epidemiol Community Health* 2000, 54: 324-325.

13. Starfield B.. *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson, 2001.

14. Starfield B.. *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

15. Hall J. J., Taylor R.. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *MJA* 2003, 178(6):17-20.

16. Frase R.C.. *Clinical method: a general practice approach*. 2nd Rev Ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.

17. World Health Organization. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 september 1978. *"Health for All" series* No. 1. Geneva: WHO/UNICEF, 1978.

18. Institute of Medicine. *A manpower policy for primary health care: a report of a study.* IOM publication Nº 78-02. Washington: National Academy of Sciences, 1978.

19. Shi L., Starfield B., Jiahong X.. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *JFam Pract* 2001, 50(2):161-175.

20. Rifkin S.B. & Walt G.. Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Soc Sci Med* 1986, 23(6):559-566.

21. Alpert J., Heagarty M., Robertson L., Kosa J., Haggerty R.J.. Effective use of comprehensive pediatric care: utilization of health resources. *Am J Diseases Children* 1968, 116 (5):529-33.

22. Gordis L., Markowitz M.. Evaluation of the effectiveness of comprehensive and continuos pediatric care. *Pediatrics* 1971, 48(5):766-76.

23. Hochheiser L., Woodward K., Charney E.. Efect of the neighborhood health center on the use of pediatric emergency departments in Rochester, New York. *N Engl J Med* 1971, 285(3):148-152.

24. Gordis L.. Effectiveness of comprehensive-care program in preventing rheumatic fever. *N Engl J Med* 1973, 289(7):331-35.

25. Klein M., Roghmann K., Woodward K., Charney E.. The impact of the Rochester Neighborhood health center on hosdpitalization of children, 1968-1970. *Pediatrics* 1973, 60(2):186-92.

26. Dietrich A., Marton K., 1982. Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract* 1982,15(5):929-37.

27. Hojrdthal P., Borchgrevink F.. Continuity of care: influence of general practitioners knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991, 303:1181-1184.

28. Hojrdthal P., Laerum E.. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992, 304:1287-1290.

29. Parchman M.L., Culler S.. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Prac* 1994.,39:123-128.

30. Starfield B.. Is primary care essential? *Lancet* 1994, 344:1129-1133.

31. Ettner S.L.. The timing of preventive services for women and children: the effect of having a usual source of care. *Am JPublic Health* 1996, 86(12):1748-1754.

32. Flocke S.A., Stange K.C., Zyzanski S.J.. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Med Care* 1998, 36(8 Suppl):21-30.

33. Grossman L.K., Rich L.N. y Jonson C.. Decreasing nonurgent emergency department utilization by Mediciad children. *Pediatrics* 1998, 102(1):20-24.

34. Mainous III A.G., Gill J.M.. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am JPublic Health* 1998, 88(10):1539-1541.

35. Rajmil L., Starfierld B., Plasencia A., Segura A.. The consequences of universalizing health services: children´s use of health services in Catalonia. *Int J Health Services* 1998, 28(4):777-791.

36. Christakis D.A., Wright J.A., Koepsell T.D., Emerson S. y Connell F.A.. Is greater continuity of care associted with less emergency department utilization? *Pediatrics* 1999, 103(4):738-742.

37. Jones D.S, McNangny S.E., Williams M.V., Parker R.M., Sawyer M.F., Rask K.J.. Lack of a regular source of care among children using a public hospital emergency department. *Ped Emerg Care* 1999, 15(1):13-16.

38. Shi L, Starfield B., Kennedy B, Kawachi I.. Income inequality, primary care and health indicators. *J Fam Pract* 1999, 48(4):275-284.

39. Villalbí J.R., Guarga A., Pasarín M.I., Gil M., Borrel C., FerránM., Cirera E.. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999, 24: 468-474.

40. Rajmil L., Borrell C., Starfield B., Fernandez E., Serra V., Schiaffino A., Segura A.. The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Arch Dis Child* 2000, 83:211–214.

41. Shi L. & Starfield B.. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Services* 2000, 30(3):541-555.

42. Starfield B., Shi L.. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002, 60: 201-218.

43. Shi L., Macinko J., Starfield B., Xu J., Regan J., Politzer R., Wulu J.. Primary care, infant mortality and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health* 2004, 58:374-380.

44. Brasil. Presidência da República. *Lei n° 8.080*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990.

45. Leon D.A., Walt G.G.. Poverty, inequality and health in international perspective: a divided world? In: Leon D.A., Walt G.G., eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação da Saúde da Comunidade. Programa de Saúde da Família. Saúde dentro de casa, Brasília, 1994.

47. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Materno-Infantil* 2003, 3(1):113-25.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Brasília, 06 de setembro de 1996.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1886 de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 18 de dezembro de 197.

50. Marques R.M., Mendes A.. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência Saúde Coletiva* 2003, 8(2):403-15.

51. Bodstein R.. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência Saúde Coletiva* 2002, 7(3):401-12.

52. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 2001. Brasília, 26 de janeiro de 2001.

53. Souza, H. M.; Sampaio, L. F. R. Atenção básica: Política, Diretrizes e Modelos Coetâneos no Brasil Atual. In: (Negri, B.; Faria, R.; Viana, A. L. Orgs.). *Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. Campinas: NEEP; Unicamp, 2002.

54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família* – PSF. Brasília, 2000.

55. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. Caderno 1: A implantação da unidade de saúde da família, Brasília, 2000.

56. Franco T., Merhy E.. PSF: contradições e novos desafios. In: *Conferencia Nacional de Saúde On-line,* 1999. Disponible en <http:www.datasus.gov.br/cns>, Acceso en febrero de 2001.

57. Harzheim E., Stein A.T., Alvarez-Dardet, Cantero M.T.R., Kruse C.K., Vidal T.B., Nava T.R.. *Metodologia de pesquisa em atenção primária no Brasil: uma revisão sistemática.* Enviado para publicación, 2004.

58. Halal I. S., Sparrenberger F., Bertoni A.M., Ciacomet C., Seibel C.E., Lahude F.M., Magalhães G.A., Barreto L., Lira R.C.A.. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994, 28(2):131-6.

59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família, Brasília, 2000.

60. Santos S.R., Cunha A.J.L.A, Gambá C.M., Machado F.G.,Leal Filho J.M.M., Moreira N.L.M.. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000, 34(3):26-71.

61. Svitone E.C., Garfield R., Vasconcelos M.I., Craveiro V.A.. Primary health care lessons form the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Rev Panam Salud Pública* 2000, 7(5):293-302.

62. Conill E.M.. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública* 2002, 18(sup):191-202.

63. Stein A. T., Harzheim E., Costa M., Busnello E., Rodrigues L.C.. The relevance of continuity of care to the chaos in the emergency services in Brazil. *Family Pract* 2002,19(02):207- 210.

64. Trad L.A.B., Bastos A.C.S., Santana E.M., Nunes M.O.. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Cienc Saúde Coletiva* 2002, 7(3):581-589.

65. Ferreira M.L.M, Ferreira L.O. C., Silva A. A., Batista-Filho M.. Efetividade da aplicação do sulfato ferroso em doses semanais no Programa Saúde da Família em Caruaru, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003, Rio de Janeiro, 19(2):375-381.

66. Figueiras A.C.M., Puccini R.F. Silva E.M.K., Pedromônico M.R.M.. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais de atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública* 2003, 19(6):1691-99.

67. Lessa A.C., Devicenzi M.U., Sigulem D.M.. Comparação da situação nutricional de crianças de baixa renda no segundo ano de vida, antes e após a implantação de programa de atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública* 2003, 19(2):505-514.

68. Moura E.R.F., Holanda Junior F., Rodríguez M.S.P.. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003, 19(6):1791-1799.

69. Mendonça C.S.. *Em defesa de uma política de saúde baseada na atenção primária* – uma contribuição de Porto Alegre para o Fórum Social Mundial. Presentado en el 1° Fórum Social Mundial: 2001, Porto Alegre.

70. Starfield B.. *The effectiveness of medical care: validating clinical wisdom*. New York: The Johns Hopkins University Press, 1985.

71. Svitone E. C., Garfield R., Vasconcelos M.I., Craveiro V.A., 2000. Primary health care lessons from the northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Rev Panam Salud Pública* 2000*,* 7(5), 293.

72. Donabedian A.. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: Prensa Médica Mexicana, 1991.

73. Mangione-Smith R., McGlynn E.A.. Assessing The quality of healthcare provided to children. *Health Serv Res* 1998, 33(4):1059-90.

74. Lieu T.A., Newman T.B.. Issues in studying the effectiveness of health services for children. *Health Serv Res* 1998, 33(4):1041-58.

75. Kleinman L.C.. Prevention and primary care research for children: the need for evidence to precede “evidence-based”. *Am J Prev Med* 1998, 14 (4):345-51.

76. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde e a construção do SUS: referências estratégicas para a melhora do modelo de atenção à saúde. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora MS, 2003.

77. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Programa de Saúde da Família. Padrão Mínimo – Protocolo e Planilha de Avaliação. Informe técnico, 2002.

78. Blumenthal D., Mort E., Edwards J.. The Efficacy of Primary Care for Vulnerable Population Groups. *Health Serv Res* 1995, 30(1): 253-73.

79. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada, 2001.

80. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência pré-natal. Brasília: Normas e Manuais Técnicos, 2000.

81. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília: Normas e Manuais Técnicos, 2002.

82. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Normas e Manuais Técnicos (107), 2002.

83. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica, 11. Brasília, 2002.

84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação da Saúde Materno-Infantil. Assistência e controle das doenças diarréicas. Brasília, 1993.

85. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Orientações sobre o "Teste do Pezinho". Informe técnico, 2002.

86. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Equipe de Informação. Informações de interesse à Saúde: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – 1999. *Prá-Saber* 2001, 5(1):1-88.

87. EPI-INFO 6.04 [programa de informática]. Centers for Disease Control. Epidemiology Program Office. Atlanta, 1998.

88. Geisinger K.F.. Cross-cultural normative assessment: translation and adptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychol Assessment* 1994, 06 (04), 304-312.

89. Kloetzel K., Bertoni A.M., Irazoqui M.C., Campos V.P.G, Santos R.N.. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública* 1998, 14 (3): 623-628.

90. Cassady C.E., Starfield B., Hurtado M.P., Berk R.A., Nanda J.P., Friedenberg L.A. Clinical Care for Children: Measuring Consumer Experiences with Primary Care. *Pediatrics* 2000, 105 (4): 998-1003.

91. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Questionários do Censo 2000. Disponible en < http://www.ibge.gov.br/censo/quest_amostra.pdf>, Acceso en 10 de marzo de 2002.

92. Rutter M.. *Pesquisa de Mercado*. São Paulo: Ed. Ática, 1988.

93. EpiData 2.1 [programa de informática]. The EpiData Association, Odense Denmark, 2002.

94. DeVellis R.F.. *Scale Development: Theory and Applications*. Newbury Park: SAGE Publications, 1991.

95. Fachel J.M.G., Camey S.. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas y o entendimento dos dados, 158-170. IN: Cunha J.A. y cols., *Psicodiagnóstico* V. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

96. SPSS for Windows 11.5 [programa de informática]. Statistical package for the social sciences. SPSS Inc, 1989-2002, Lead Tecnologies Inc, 2002.

97. Intercooled Stata for Windowms 95/98/NT [programa de informática]. Versión 7.0. College Station, Texas: Stata Corporation, 2001.

98. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística. Questionário da amostra do Censo 2000. IBGE. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/censo/questionarios.shtm> Acceso en 10 de marzo de 2002.

99. Travassos C., Williams D.R., The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saúde Pública* 2004*,* 20(3):660-678.

100. Rajmil L, Fernández E, Gispert R, Rué M., Glutting J.P., Plasència A., Segura A.. Influence of proxy respondents in children's health interview surveys. *J Epidemiol Community Health* 1999, 53:38–42.

101. Wagner C., Bakker D.H., Groenewegen P.P.. A measuring instrument for evaluation of quality systems. *Int J Quality Health Care* 1999, 11(2):119-130.

102. Wensing M.,Elwyn G.. Methods for incorporating patients ' views in health care. *BMJ* 2003, 326(7394):877-9.

103. Starfield B.,Cassady C., Nanda J., Forrest C.B., Berk R.. Consumer Experiences and Provider Perceptions of the Quality of Primary Care: Implications for Managed Care. *J Fam Pract* 1998*,* 46(3):216-226.

104. Hernán García M., Gutiérrez Cuadra J. L., Lineros Gonzalez C., Ruiz Barbosa C., Rabadán Asensio A.. Patients and quality of primary care services. Survey of practitioners at the Bahía de Cádiz and La Janda health centres. *Atención Primaria* 2002, 30(7):425-434.

105. Stevens G., Shi L.. Baltimore, Maryland Racial and ethnic disparities in the quality of primary care for children*. J Fam Pract* 2002, 51(6):573.

106. Shi L., Starfield B., Xu J., Politzer R., Regan J.. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *South Med Journal* 2003, 96(8):787-795.

107. Starfield, B.. A framework for primary care research. *J Family Pract* 1996, 42(2):181-185.

108. Silva N.N, Pedroso L.C., Puccini R.F, Furlani W.J.. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública* 2000, 34(1):44-49.

109. Dias da Costa J.S., Facchini L.A.. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que freqüência. *Rev Saúde Pública* 1997, 31(4):360-369.

110. Santos I.S, Baroni R.C., Minotto I., Klumb A.G.. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2000, 34(6):603-9.

111. Dachs N.W.. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002, 7:641-57.

112. Henriques, R.. *Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90*. Texto para Discussão 807. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

113. Silveira D.S., Santos I.S., Costa J.S.D.. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação de estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001, 17(1):131-139.

114. Araújo R.B., Santos I., Cavaleti M.A., Costa J.S.D, Béria J.U.. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Rev. Saúde Pública* 1999, 33 (1):24-32.

115. Assunção M.C.F., Santos I.S., Gigante D.P.. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 2001, 35(1):88-95.

116. Moura E.R.F., Sousa R.A.. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad Saúde Pública* 2002, 18(6): 1809-1811.

117. Margolis P.A., Lannon C.M., Stuart J.M., Fried b.j., Keyes-Elstein l., Moore Jr D.E.. Practice based education to improve delivery systems for prevention in primary care: randomised trial. *BMJ* 2004, doi:10.1136/bmj.38009.706319.47 (published 6 February 2004).

118. Kalda R., Põlluste K., Lember M.. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy* 2003, 64:55-62.

119. Schmittdiel, J.M.A., Selby, J. V., Grumbach, K., Quesenberry, C.P.. Choice of a Personal Physician and Patient Satisfaction in a Health Maintenance Organization. *JAMA* 1997, 278(19):1596-1599.

120. Herman S.J., Spreeuwenberg P.M.M., van der Pasch M.A.A.. Patient satisfaction with the General Practitioner: a two-level analysis. *Med Care* 1998, 36(2):212-229.

121. Weinberg M., Oddone E.Z., Hexderson W.G.. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? *N Engl J Med* 1996, 334(22):1441-1447.

122. Safran D.G., Taira D., Rogers W., Kosinski M., Ware J., Tarlov A.. Linking Primary Care Performance to Outcomes of Care. *J Fam Pract* 1998, 47(3):213-220.

123. Morgan E.D. Pasquarella, M., Holman J.R.. Continuity of Care and Patient Satisfaction in a Family Practice Clinic. *J Am Board Fam Pract* 2004, 17:341-346.

124. Barros F.C., Victora C.G., Horta B.L.. Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. *Int J Epidemiology* 2001, 30:1001-1008.

125. Travassos C., Viacava F., Pinheiro R., Brito A.. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002, 11(5-6):

126. Shi L., Forrest C.B., Schrader S., Ng J.. Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. *Am J Public Health* 2003, 93(1):138-144.

127. Shi L.. Experience of Primary Care by Racial and Ethnic Groups in the United States. *Med Care* 1999, 37(10):1068-1077.

128. Bach P.B., Pham H.H., Schrag D., Tate R.C., Hargraves J.L.. Primary Care Physicians Who Treat Blacks and Whites. *N Engl J Med* 2004, 351(6):575584.

129. American College of Physicians. Racial and ethnic disparities in health care. *Ann Intern Med* 2004, 141:226-232.

130. Forrest C.B., Starfield B.. Entry into primary care and continuity: the effect of access. *Am J Public Health* 1998, 88:1330-1336.

131. Forrest C. B., Glade G.B., Baker A. E., Bocian A.B., Kang M., Starfield B.. The pediatric primary-specialty care interface: how pediatricians refer children and adolescents to specialty care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999, 153 (7):705-714.

132. Grumbach K., Selby J.V., Damberg C., Bindman A.B., Quesenberry C., Truman A., Uratsu C.. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA* 1999, 282(3):261-266.

133. Forrest C. B., Glade G.B., Baker A. E., Bocian A.B., Schrader S., Starfield B.. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000, 154 (5):499-506.

134. Fusté J., Rué M.. Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria de Cataluña. Aplicación del análisis de niveles múltiples, *Gac Sanit* 2001, 15(2):118-127.

135. Sassi R.M.. *Prevalência e fatores associados à utilização de serviços de saúde na população adulta da cidade de Rio Grande*. Pelotas: Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, 2002.

136. Freeman G., Hjortdahl P.. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997, 314:1870-1873.

137. McDaniel S., Campbell T.L., Seaburn D.B.. Premisas básicas de la orientación familiar en atención primaria. In: McDaniel S., Campbell T.L., Seaburn D.B. *Orientación familiar en atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Iberica, 1998: 3-17.

138. Starfield B.. Public Health and Primary Care: a framework for proposed linkages. *Am J Public Health* 1996, 86(10):1365-1369.

139. Moura E.C.. The relationship between the use of primary health care and infant health status at 12 months in a Brazilian community. *Rev Bras Epidemiol* 1998, 1(1):79-87.

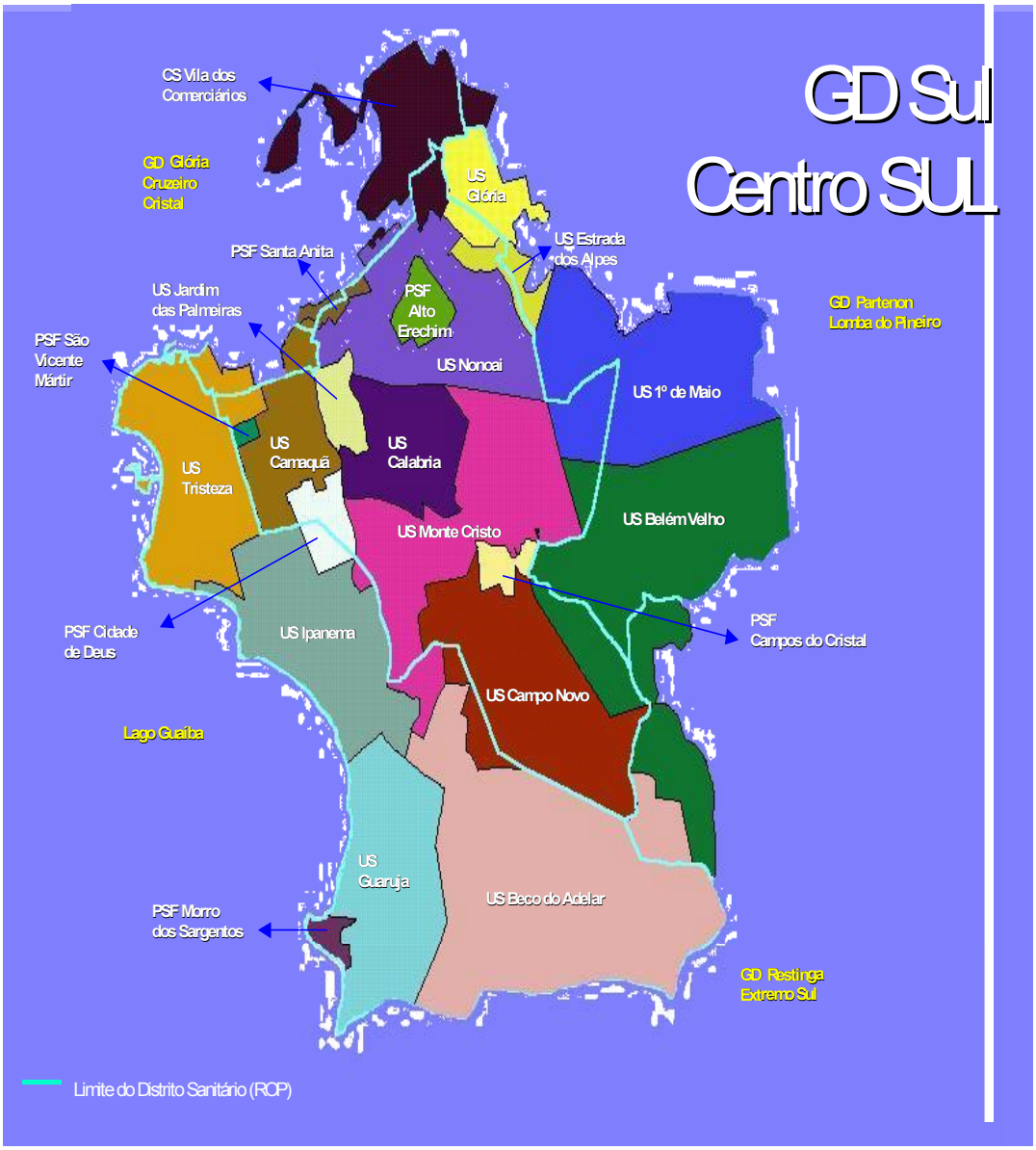
140. Bindman A.B., Grumbach K., Osmond D., Vranizan K., Stewart A.L.. Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Intern Med* 1996, 11:269-276.

141. Galindo Casero A.. Centros de salud saludables. In: Colomer C., Álvarez-Dardet C., eds. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson, 2001:117-130.

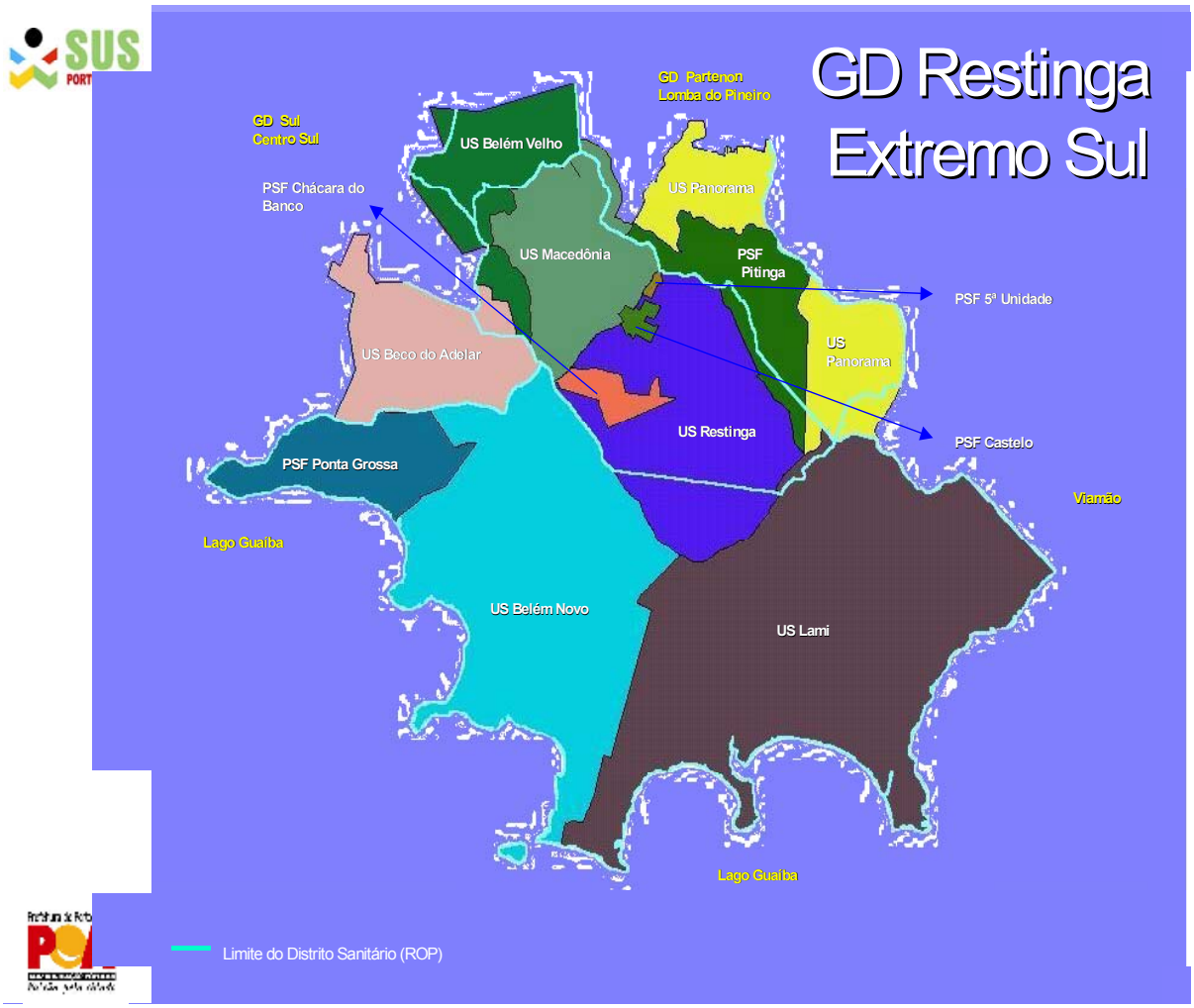
142. People's Health Movement. People's charter for health. Disponible en: <http://www.phmovement.org/pdf/charter/phm-pch-english.pdf > Acceso en 01 Octubre, 2004.

10. APÉNDICES

Apéndice 1. Mapas de los distritos sanitarios y respectivas áreas de actuación de las unidades de salud de los Distritos *Sul* y *Centro-Sul* de la región Sur de Porto Alegre.


GD Sul
Centro SUL
CS Vila dos Comerciários
GD Glória Cruzeiro Cristal
US Glória
US Estrada dos Alpes
PSF Santa Anita
US Jardim das Palmeiras
PSF Alto Erechim
GD Partenon Lomba do Pinheiro
PSF São Vicente Mártir
US Nonoai
US 1º de Maio
US Camaquã
US Calabria
US Tristeza
US Belém Velho
US Monte Cristo
PSF Cidade de Deus
US Ipanema
PSF Campos do Cristal
US Campo Novo
Lago Guaíba
US Guaruja
US Beco do Adelar
PSF Morro dos Sargentos
GD Restinga Extremo Sul
Limite do Distrito Sanitário (RCP)

Apéndice 2. Mapas de los distritos sanitarios y respectivas áreas de actuación de las unidades de salud de los Distritos *Restinga* y *Extremo-Sul* de la región Sur de Porto Alegre.



Apéndice 3. Herramientas utilizadas: PCATool, término de consentimiento, encuesta sobre estado de salud y satisfacción.

CHILD

PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL – EXPANDED VERSION

**(Questionário para o usuário/cliente –
versão final)**

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na Infância

- Versão Expandida -

Primary Care Policy Center
Johns Hopkins University
School of Hygiene and Public Health

Desenvolvido por
Barbara Starfield, MD, MPH

Versão em português por Harzheim et al
Doutorando do Programa de Doutorado en Salud Pública da Universidad de Alicante

***Nota: este instrumento foi adaptado para ser aplicado via entrevistador.*

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

Nome do entrevistador: _____
Número do caso: _____
_____

Hora do início da entrevista: |__|__|:|__|__|
Hora do final da entrevista: |__|__|:|__|__|
Data da aplicação do questionário: ___/___/_____

INTRODUÇÃO

(Objetivo do questionário)
ENTREVISTADOR: Olá, meu nome é_____. Nós somos estudantes universitários da área da saúde e estamos fazendo uma pesquisa em sua vizinhança para saber o que você pensa sobre o atendimento de saúde que suas crianças recebem. Queremos saber sobre a sua experiência quando você leva sua criança para ser atendida em um serviço de saúde. Nós NÃO fazemos parte de nenhum serviço de saúde. Todas as suas respostas serão mantidas em segredo. Nós queremos ouvir suas opiniões, não importando se falam bem ou mal do serviço de saúde.

Para o PSF, o quest. começa aqui.

(<u>ATENÇÃO!!</u> Entrevistador: para os "vazios" inicie o quest. pela pergunta I1. Para as áreas com PSF, você já terá o nome e endereço da criança. Pergunte:)

A criança_____(nome) vive nesta casa ? E ela vive nesta comunidade desde que nasceu? 1) Sim 2) Não

(Se Sim, anote o nome, idade e data de nascimento da criança junto ao item I2 e comece o questionário à partir da pergunta I3.

Se Não, termine o questionário dizendo: Obrigado por sua atenção, desculpe por qualquer inconveniente. Adeus.

I1. Você tem alguma criança de 0 a 02 anos que viva nesta casa? ___

1) Sim **(Continue.)**

2) Não **(Finalize a entrevista dizendo: Obrigado por sua atenção, desculpe por qualquer inconveniente. Adeus.)**

QUESTÕES DE RASTREAMENTO

I2. Para poupar tempo, falaremos apenas de uma das crianças. Você pode, por favor, dizer-me os nomes e as datas de nascimento de todas as crianças de 0 a 2 anos? *(O entrevistador selecionará a criança com data de aniversário anterior e mais próxima da data de entrevista.)*

Primeiro nome da criança selecionada _____
_____
_____

Idade _____Data de nascimento:____/____/_____

I3. Você é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde do (a)_____ **(nome da criança)**? 1) Sim 2) Não

(Se SIM, passe para a pergunta I4.)

(Se NÃO, pergunte:) Quem seria a pessoa mais apropriada para falar ?

Anote o nome da pessoa: _____
_____
_____

A(O)_____ (nome da pessoa) está disponível para falar comigo agora?

(Se a pessoa está disponível, peça o favor de chamá-la e passe para a pergunta I3.)

(Se a pessoa não está disponível, pergunte:)

Quando seria um bom momento para fazer uma nova visita? Por acaso, tu poderias me dizer seu telefone?

(Anote a resposta _____ _____, anote o telefone_____ e diga:)

Obrigado por tua atenção, eu voltarei a fazer uma visita neste dia e horário, confirmando antes por telefone.

I4. Este momento é apropriado para conversarmos? ___

1) Sim **(Vá para o consentimento.)** 2) Não **(Pergunte a questão abaixo.)**

Quando seria um bom momento para fazer uma nova visita?

Anote a resposta _____ _____ e diga: Obrigado por tua atenção; voltarei a visitá-la(o) no momento combinado.

CONTEÚDO SUGERIDO PARA O CONSENTIMENTO

O respondente indica que está interessado na pesquisa.

ENTREVISTADOR: Deixe-me contar-lhe um pouco mais sobre esta pesquisa. O seu objetivo é conversar diretamente com os pais e cuidadores das crianças sobre suas experiências, boas ou ruins, na busca de atendimento de saúde para suas crianças. As entrevistas com as famílias irão ajudar-nos a conhecer que serviços necessitam melhorar.

Pais, avós e cuidadores das crianças que têm menos de 02 anos estão sendo convidados para participar. Você será entrevistado por mim e a entrevista durará mais ou menos 30 minutos.

Não existem vantagens diretas para você ao responder as questões, mas os resultados deste estudo são muito importantes para melhorar o atendimento à saúde das crianças de sua comunidade.

A entrevista exigirá um pouco do seu tempo. Além disso, algumas pessoas podem pensar que a entrevista é uma invasão de privacidade. Mas, as suas respostas serão mantidas em segredo.

Seu nome completo não faz parte das informações obtidas, assim suas respostas não poderão ser identificadas. As respostas dadas por vocês são confidenciais, somente a equipe do estudo terá acesso a elas.

Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você tem o direito de pular algumas questões ou parar a entrevista a qualquer momento. Qualquer que seja sua decisão, esta não irá mudar o atendimento à saúde que você recebe. Você concorda em participar?

1) SIM, então por favor assine aqui:

_____

Porto Alegre, ____de _____de 2002.

Declaro que este consentimento foi lido para_____(nome do entrevistado) em ___/___/___(data), pelo_____(nome do entrevistador), enquanto eu estava presente.

_____ _____

Assinatura da testemunha Nome

2) Não **(Finalizar a entrevista dizendo: Obrigado por sua atenção. Desculpe-me por qualquer inconveniente. Adeus.)**

I5. Qual é seu parentesco com o(a)_____**(nome da criança)**? **(Não leia as alternativas)** ____

1) Mãe

2) Pai

3) Madrasta

4) Padrasto

5) Tio/a

6) Avô/ó

7) Irmão/ã

8) Outro parentesco

9) Guardião legal

10) Amigo

11) Outro (Especificar.) _____

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você COSTUMA levar o(a)_____**(nome da criança)** quando ele(a) está doente ou quando necessita algum conselho sobre a saúde dele(a)? ____

   a) Não

   b) Sim .Por favor diga o nome e o endereço (localização).

   Nome do médico ou lugar: _____

   Endereço: _____

2. Existe um serviço de saúde onde CONHECEM BASTANTE BEM a sua criança? **(Não leia as alternativas.)** ____

   a) Não

   b) Sim, o mesmo lugar acima

   c) Sim, lugar diferente. Por favor dê o nome e o endereço.

   Nome do médico ou lugar: _____

   Endereço: _____

3. Existe um médico/enfermeira que você CONSIDERA O PROFISSIONAL MAIS RESPONSÁVEL pelo atendimento de sua criança? **(Não leia as alternativas.)** ____

   a) Não

   b) Sim, o mesmo que #1 & #2 acima

   c) Sim, o mesmo que #1 somente

   d) Sim, o mesmo que #2 somente

   e) Sim, diferente de #1 & #2. Por favor dê o nome e o endereço.

   Nome do médico ou lugar: _____

   Endereço: _____

(Para o entrevistador:

IDENTIFICAÇÃO DE (MÉDICO/ENFERMEIRA) OU SERVIÇO DE SAÚDE A SER PESQUISADO.

a) Se os três lugares referem-se ao mesmo, por favor pergunte todo o restante do questionário sobre este médico ou lugar. **(Vá para a questão 4.)**

b) Se quaisquer destes dois lugares referem-se ao mesmo, por favor, pergunte todo o restante do questionário sobre este médico ou lugar**. (Vá para a questão 4.)**

c) Se todos os três lugares são diferentes, pergunte todo o restante do questionário sobre o médico ou lugar da pergunta 1. **(Vá para a questão 4.)**

d) Se a pessoa respondeu NÃO para duas questões, pergunte todo o restante do questionário sobre o médico ou lugar da pergunta que obteve resposta SIM. **(Vá para a quetão 4.)**

e) Se a pessoa respondeu NÃO para todas as três questões, por favor, pergunte: Qual é o o nome do último

médico ou lugar onde você levou sua criança?

Nome: _____

Endereço: _____

Pergunte todo o restante do questionário sobre este último lugar visitado.

Após a identificação deste serviço de saúde/médico/enfermeira, pergunte todo o restante do questionário sobre ele, substituindo "médico/enfermeira" ou "nome do local" pelo nome do identificado.

4. **(Para o ENTREVISTADOR: conforme as respostas das perguntas 1,2 e 3 defina que tipo de serviço de saúde é este identificado? Se necessário, faça mais perguntas para identificá-lo)**

   1) A emergência de um hospital
   2) O ambulatório de um hospital
   3) O consultório específico de um médico fora do hospital
   4) O consultório específico de um médico dentro do hospital
   5) Uma clínica privada
   6) Um posto de saúde da comunidade
   7) A clínica de uma escola
   8) Outro tipo de local (Especificar.) _____
   _____
   _____
   9) Não sei

Todas as perguntas seguintes serão sobre _____(nome do local, médico/enfermeira ou serviço de saúde identificado).

5. Então para deixar claro, quando sua criança precisa consultar você procura: ___

   1) um LOCAL definido
   2) um MÉDICO definido
   3) uma ENFERMEIRA definida
   4) Nenhuma destas **(ENTREVISTADOR: nas perguntas seguintes, onde existe "(médico/enfermeira)" utilize sempre a opção referida nesta pergunta pelo entrevistado)**.

6. O seu (médico/enfermeira) atende (**ler as alternativas)**: ___

   1) Somente crianças 2) Crianças e adultos 9) Não sei / Não me lembro

7. O seu (médico/enfermeira) atende principalmente crianças com (**ler as alternativas)** ___

   1) Somente certos tipos de problemas 2) A maioria dos tipos de problemas
   9) Não sei / Não me lembro

8. Quantas vezes no total sua criança já esteve no(a) _____(nome do local)?_____ número de vezes

   (Caso a pessoa não responda espontaneamente, indique as alternativas abaixo:)

   1) menos de 5 vezes
   2) 5 a 10 vezes
   3) 11 a 15 vezes
   4) 16 a 20 vezes
   5) mais de 20 vezes ___

9. Há quanto tempo sua criança vem sendo atendida no(a) _____(nome do local)?

   (Caso a pessoa não responda espontaneamente, indique as alternativas abaixo:) ___

1) Menos de 6 meses
2) Entre 6 meses e um ano
3) 1 – 2 anos
6) Muito variável para especificar
9) Não sei / Não me lembro

10 Você escolheu o(a) _____(nome do local) ou você leva sua criança para consultar nele porque pertence à área deste _____(nome do local)?

1) Você ou alguém de sua família o escolheu
2) Você foi designado a ele
3) Outro (especificar)_____
9) Não sei / Não me lembro

11 Você leva sua criança no(a) _____(nome do local) por algum tipo de problema médico específico?

1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

(Se SIM, pergunte) Que problema é este?_____(cite-o)

UTILIZAÇÃO - PRIMEIRO CONTATO

Por favor, escolha a melhor opção.(explique ao entrevistado que todas as perguntas serão respondidas conforme as respostas que estão no Cartão de Respostas; caso a pessoa não saiba ler repita em todas as perguntas as opções possíveis)

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei	
12.	Quando sua criança necessita uma revisão, você vai ao _____(nome do local) antes de ir a qualquer outro local?	4)	3)	2)	1)	9)	___
13.	Quando a sua criança necessita tomar vacinas você vai ao_____ (nome do local) antes de ir a qualquer outro lugar?	4)	3)	2)	1)	9)	___
14.	Se surgisse um novo problema de saúde em sua criança, você iria ao_____(nome do local) antes de ir a qualquer outro lugar?	4)	3)	2)	1)	9)	___
15.	Se sua criança necessita de um especialista, o (a) (médico/enfermeira) tem que providenciar o encaminhamento para você?	4)	3)	2)	1)	9)	___

ACESSO - PRIMEIRO CONTATO

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
16	Quando o(a) _____(nome do local) está aberto e sua criança fica doente, alguém deste _____(nome do local) a atende no mesmo dia?	4)	3)	2)	1)	9)	___
17	O(a) _____ (nome do local) está aberto aos sábados e domingos? **(se a resposta for "Sempre" pule a próxima questão)**	4)	3)	2)	1)	9)	___
18	Quando o(a) _____ (nome do local) está fechado aos sábados e domingos e sua criança fica doente, alguém deste_____ (nome do local) a atende no mesmo dia?	4)	3)	2)	1)	9)	___
19	O(a)_____ (nome do local) está aberto até às 8 horas da noite durante a semana?	4)	3)	2)	1)	9)	___

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
20	Quando o(a) _____(nome do local) está fechado durante a noite e sua criança fica doente, alguém deste _____(nome do local) a atende nesta mesma noite? ( ) marque aqui, caso o local permaneça aberto toda a noite.	4)	3)	2)	1)	9)	___
21	Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir uma consulta no(a) _____(nome do local)?	4)	3)	2)	1)	9)	___
22	É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA no(a) _____(nome do local)?	4)	3)	2)	1)	9)	___

23	Se o(a) _____ (nome do local) está fechado, existe algum telefone que você possa ligar quando sua criança fica doente? ( ) marque aqui, caso o local permaneça sempre aberto	4)	3)	2)	1)	9)	___
24.	Quando sua criança tem que ir ao _____(nome do local), alguém tem que deixar de ir a escola ou ao trabalho para leva-la?	4)	3)	2)	1)	9)	___
		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
25.	Quando você chega no _____(nome do local), você tem que esperar mais de 30 min antes que sua criança seja vista pelo médico ou pela enfermeira dentro do consultório?	4)	3)	2)	1)	9)	___
26.	É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no _____(nome do local) quando você acha que é necessário?	4)	3)	2)	1)	9)	___
27.	Quando o _____(nome do local) está aberto, você conseguiria conselho médico pelo telefone de maneira rápida, caso você precisasse?	4)	3)	2)	1)	9)	___

ATENÇÃO CONTINUADA

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
28.	Quando você leva sua criança ao _____(nome do local), ele (a) é atendida pelo *mesmo(a)* (médico/enfermeira) ?	4)	3)	2)	1)	9)	___
29.	Você acha que o (a) (médico/enfermeira) entende o que você diz ou pergunta?	4)	3)	2)	1)	9)	___

30.	O (a) (médico/enfermeira) responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4)	3)	2)	1)	9)	___
31.	Se você tem alguma dúvida sobre a saúde de sua criança, pode conversar com o médico ou enfermeira que mais conhece sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)	___
		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
32.	No _____(nome do local) sua criança é conhecida e atendida com atenção?	4)	3)	2)	1)	9)	___
33.	O (a) (médico/enfermeira) lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4)	3)	2)	1)	9)	___
34.	Você se sente à vontade para falar com o(a) (médico/enfermeira) sobre suas preocupações ou problemas?	4)	3)	2)	1)	9)	___
35.	Você acha que o(a) (médico/enfermeira) conhece a sua família bastante bem?	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	Não sei / Não me lembro 9)	___
36.	O (a) (médico/enfermeira) sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	Não sei / Não me lembro 9)	___
37.	O (a) (médico/enfermeira) conhece a história médica completa de sua criança?	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	Não sei / Não me lembro 9)	___
38.	O (a) (médico/enfermeira) sabe sobre o trabalho ou o emprego dos familiares de sua criança?	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	Não sei / Não me lembro 9)	___
39.	O (a) (médico/enfermeira) pergunta se sua família tem problemas em conseguir ou comprar os	Sempre 4)	Muitas vezes 3)	Poucas vezes 2)	Nunca 1)	Não sei / Não me lembro	___

	medicamentos que sua criança precisa?					9)
40.	O (a) (médico/enfermeira) conhece todas as medicações que sua criança está tomando?	Sempre 4)	Muitas vezes 3)	Poucas vezes 2)	Nunca 1)	Não sei / Não me lembro 9)
		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
41.	O (a) (médico/enfermeira) conversaria com seus familiares quando você acha que isto é importante?	4)	3)	2)	1)	9)
42.	No (a) _____(nome do local) você pode trocar de (médico/enfermeira) se quiser?	4)	3)	2)	1)	9)
43.	Você trocaria o (a) _____(nome do local) por outro local se isto fosse fácil de fazer? (leia as alternativas)	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	9)

COORDENAÇÃO

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
44.	Se você levou sua criança para consultar em outro lugar, você leva o boletim de atendimento/ a receita para o(a) (médico/enfermeira) do _____(nome do local) olhar?	4)	3)	2)	1)	9)
45.	Se você quisesse, poderia ler/olhar o prontuário (pasta/envelope) de sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)
46.	Quando você leva sua criança no (a) _____(nome do local), o prontuário dela é utilizado?	4)	3)	2)	1)	9)
47.	O (a) (médico/enfermeira) lhe fala sobre o resultado dos exames de laboratório de sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)

48. Sua criança teve alguma vez uma consulta com um especialista ou algum serviço especializado? ____

1) Sim

2) Não (**Pule para a próxima página, questão 60**.)

9) Não sei / Não me lembro (**Pule para a próxima página, questão 60**.)

49. Quando foi a última vez que a sua criança teve consulta com o especialista ou serviço especializado? Mês _____ Ano _____ ____

50. Esta consulta foi por um motivo que durou (ou dura) mais de um ano? ____

1) Sim 2) Não

51. Antes desta última consulta, sua criança já havia consultado outras vezes com este especialista ? 1) Sim 2) Não ____

		Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza,não	Não sei / Não me lembro	
52.	O (a) (médico/enfermeira) da sua criança tinha encaminhado sua criança para este especialista?	4)	3)	2)	1) **(se o entrevistado marcou esta opção, pule para a questão 56.)**	9)	____
53.	O (a) (médico/enfermeira) da sua criança tinha conversado com você sobre vários lugares onde você poderia conseguir esta consulta com este especialista?	4)	3)	2)	1)	9)	____
54.	O (a) (médico/enfermeira) da sua criança ou alguém que trabalha com ele a(o) ajudou a marcar esta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	____
55.	O (médico/enfermeira) de sua criança escreveu um encaminhamento para o especialista sobre o motivo desta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	____
56.	O (a) (médico/enfermeira) da sua criança sabe que ela consultou com este especialista?	4)	3)	2)	1)	9)	____
57.	O (médico/enfermeira) de sua criança ficou sabendo como foi o resultado desta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	____

58.	Depois desta consulta com o especialista, o seu (médico/enfermeira) conversou com você sobre o que aconteceu na consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	____
59.	O seu (médico/enfermeira) demonstrou interesse em saber sobre a qualidade do atendimento que sua criança recebeu do especialista?	4)	3)	2)	1)	9)	____

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS NECESSÁRIOS)

		Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro	
60.	Agora vou falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o _____(nome do local) tem estes serviços.						
	a. No(a) _____(nome do local) tem esclarecimentos para tuas dúvidas sobre a alimentação da criança	4)	3)	2)	1)	9)	____
	b. No(a) _____(nome do local) tem vacinas	4)	3)	2)	1)	9)	____
	c. No(a) _____(nome do local) fazem avaliação para incluir sua família em programas sociais (bolsa-escola) ou benefícios do governo	4)	3)	2)	1)	9)	____
	d. No(a) _____(nome do local) tem consulta com dentista	4)	3)	2)	1)	9)	____
	e. No(a) _____(nome do local) tem tratamento com dentista	4)	3)	2)	1)	9)	____
	f. No(a) _____(nome do local) tem anticoncepcionais	4)	3)	2)	1)	9)	____
	g. No(a) _____(nome do local) tem aconselhamento ou tratamento para alcoolismo ou uso de drogas	4)	3)	2)	1)	9)	____

h.	No(a) _____(nome do local) tem aconselhamento para problemas dos nervos, do comportamento ou de saúde mental	4)	3)	2)	1)	9)	___
i.	No(a) _____(nome do local) fazem pontos para cortes profundos	4)	3)	2)	1)	9)	___
j.	No(a) _____(nome do local) tem aconselhamento e exames para HIV/AIDS	4)	3)	2)	1)	9)	___
k.	No(a) _____(nome do local) fazem avaliação de problemas de surdez	4)	3)	2)	1)	9)	___
l.	No(a) _____(nome do local) tem avaliação da necessidade do uso de óculos	4)	3)	2)	1)	9)	___
m.	No(a) _____(nome do local) enfaixam um tornozelo torcido	4)	3)	2)	1)	9)	___
n.	No(a) _____(nome do local) tem programa do leite	4)	3)	2)	1)	9)	___

SERVIÇOS RECEBIDOS

		Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro	
61.	Vou te falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu (médico/enfermeira), algum destes assuntos foram conversados com você?						
a.	Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado	4)	3)	2)	1)	9)	___
b.	Maneiras para manter sua criança segura, como:						
(1)	Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão	4)	3)	2)	1)	9)	___
(2)	Ensinar as	4)	3)	2)	1)	9)	___

		crianças de 6-12 anos a manter-se afastadas de armas ou facas, atravessar as ruas com cuidado					
	(3)	Ensinar crianças maiores de 12 anos sobre o uso da camisinha ou sobre o problema das drogas	4)	3)	2)	1)	9)
c.		Segurança doméstica: como guardar remédios com segurança	4)	3)	2)	1)	9)
d.		Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança	4)	3)	2)	1)	9)
e.		Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Port exemplo, quando que a criança vai caminhar, controlar o xixi.....	4)	3)	2)	1)	9)

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As próximas perguntas são sobre as relações do _____(nome do local) com sua família e comunidade
Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
62.	O seu (médico/enfermeira) lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)	
63.	O seu (médico/enfermeira) lhe perguntou sobre doenças ou problemas que têm na sua família?	4)	3)	2)	1)	9)	

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
64.	Alguém do seu _____(nome do local) faz visitas domiciliares?	4)	3)	2)	1)	9)	
65.	O seu _____(nome do local) conhece os problemas de saúde	4)	3)	2)	1)	9)	

importantes de sua vizinhança?

66. Como o seu _____(nome do local) conhece as opiniões e idéias das pessoas para ajudar a melhorar o atendimento? Ele(a)

a.	Pergunta para as pessoas se elas são bem atendidas?	4)	3)	2)	1)	9)
b.	Faz levantamento de problemas de saúde na comunidade nas casas?	4)	3)	2)	1)	9)
c.	Convida membros das famílias a participarem no conselho de saúde?	4)	3)	2)	1)	9)

COMPETÊNCIA CULTURAL

Por favor, escolha a melhor opção.

		Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
67.	Você recomendaria o (a) (médico/enfermeira) para um familiar ou amigo que tivesse filhos?	4)	3)	2)	1)	9)
68.	Você recomendaria o (a) (médico/enfermeira) para uma pessoa que costuma utilizar ervas e remédios caseiros para cuidar da própria saúde?	4)	3)	2)	1)	9)

QUESTÕES SOBRE SEGURO-SAÚDE

Estas são algumas questões sobre a forma que você paga pelo atendimento de saúde de sua criança. Por favor, escolha a melhor opção.

69. Por quanto tempo durante os últimos 12 meses a sua criança esteve coberta por algum tipo de plano de saúde privado ou empresarial?

4) Todo o ano

3) Maioria dos meses

2) Somente alguns meses ou semanas

1) Nunca

9) Não sei / Não me lembro

70. Durante os últimos 12 meses, você pagou por algum atendimento de saúde de sua criança? (caso 69=4, 3 ou 2, este pagamento se refere a um pagamento além do plano, por exemplo “cotas por consulta”)

1) Sim. Quantas vezes?_____

2) Não **(Pule para a pergunta 72.)**

71. Se 70=sim, você teve dificuldades para pagar por este(s) atendimento(s)?

1) Sim

2) Não

AVALIAÇÃO DE SAÚDE

Por favor marque **uma** resposta.

72. Você diria que a saúde de sua criança é: **(ler as opções, mostrando as "Carinhas" e relacionando cada "carinha" com uma resposta)**

1) Excelente 2) Muito boa 3) Boa 4) Mais ou menos 5) Ruim _____

73. A sua criança tem ou teve algum problema físico, mental ou de comportamento que durou ou é provável que vá durar mais de um ano?

1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

74. A (o)_____(nome da criança) faz uso no momento de alguma medicação todos os dias?**(inclui sulfato ferroso e vitaminas)**

□ Sim □ Não.

Por favor , pode nos dizer o nome desta(s) medicação(ões)?_____

Pode nos mostrar esta medicação? (Anote o nome e a apresentação)_____

E, qual é a dose que você está dando?_____ _____

75. Quando foi a última consulta da(o)_____(nome da criança) no _____(nome do local)? **(Inicialmente não leia as alternativas, apenas se for necessário para a pessoa recordar)**

1) Há menos de uma semana;
2) Entre 1-2 semanas;
3) Entre 2 semanas e um mês;
4) Entre 1-2 meses;
5) Há mais de 2 meses.

76. Qual foi o motivo desta consulta?_____

_____

77. Durante os últimos 12 meses, a(o)_____(nome da criança) foi internada no hospital alguma vez?

1) Sim

2) Não **(Pular para a pergunta 79)**

78. Qual foi o motivo desta internação?_____

_____

79. O(A) _____(nome da criança) foi ou está sendo amamentado(a) exclusivamente no peito até que idade?_____meses

( ) Não foi amamentado. Por quê?_____(anote a resposta)

80. Por quanto tempo sua criança recebe ou recebeu amamentação mista, isto é, leite materno junto com outros alimentos?

_____meses

81. Você ainda têm a Carteira de Gestante da gravidez do(a)_____(nome da criança)?

1) Sim. Posso vê-la? **(Anote o número de consultas e pule para a questão 83)**_____número de consultas de pré-natal

2) Não **(passe para a 82.)**

82. Quantas consultas de pré-natal foram realizadas na gestação de _____(nome da criança)?_____número de consultas.
( ) Não foi feito pré-natal.

83. Você tem a carteira de vacinação do(a)_____(nome da criança)?

1) Sim 2) Não **(Pule para a pergunta 86.)**

84. **(Se Sim)** Posso vê-la?

(Completar os dados sobre vacinação, gráfico de crescimento e Teste do pezinho, copiando da carteira.

Caso a mãe NÃO TENHA A CARTEIRA, anote 9999 nas datas das vacinas e nos dados sobre o crescimento.

Caso tenha a carteira, mas a vacinação esteja incompleta, anote 00/00/0000 nas datas das vacinas e nos dados sobre crescimento que faltam.)

Tipo de vacina	Marque com um X na opção correta	Data de cada aplicação
Sabin (Anti-Pólio)	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose □ reforço	___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____
DPT (Tríplice)	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose □ reforço	___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____
Hepatite B	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose	___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____
BCG (Tuberculose)	□ dose única	___/___/_____
Sarampo (aos 9 meses)	□ 1ª dose	___/___/_____ ___/___/_____
MMR (aos 15 meses)	□ 1ª dose	___/___/_____ ___/___/_____
Hemófilus B (HIB)	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose	___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____
Tetravalente (DPT + Hemófilus B)	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose	___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____
Outras_____	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose	___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____

85. **(Observe também se o Gráfico de Crescimento (peso) está preenchido e anote a data do último preenchimento)**

____/_____/_____ data do último peso anotado no Gráfico do Crescimento.

(Na 1ª página da Carteria de Vacinas, oberve e anote o:

PESO DE NASCIMENTO da criança:_____g)

86. **(Ainda na carteira de vacinação observe e anote a data de realização do Teste do Pezinho, caso não existam dados na Carteira, pergunte se o cuidador tem os resultados do Teste do Pezinho em outro local:)**

Teste do Pezinho 1) Sim 2) Não

Data: ___/___/_____) marque aqui, caso não tenha visto o exame _____

87. O(a)_____(nome da criança) usou sulfato ferroso durante o primeiro ano de vida? _____
1) Sim 2) Não

Se Sim, por quanto tempo?_____meses

Quantas gotas você usava?_____gotas/dia

88. O(A)_____(nome da criança) usou vitamina A+D (ex: Aderovit, Aderogil, Vitaped,....) durante o primeiro ano de vida? _____

1) Sim 2) Não 9) Não sei

Se Sim, por quanto tempo?_____meses

89. Nos últimos 3 meses, o(a)_____(nome da criança) teve algum episódio de diarréia? _____

1) Sim 2) Não 9) Não sei

Se sim, o que você utilizou para ajudá-lo(a) a melhorar?_____

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS

As questões a seguir são sobre sua família.

90. Qual é o seu endereço?_____ _____

91. Há quanto tempo vocês moram nesta comunidade? _____

_____meses ou _____anos

92. **(Anote se a criança é:)** _____

1) Menino 2) Menina

93. Quantos irmãos/irmãs a sua criança têm? _____

_____ irmãos/irmãs

94. Quais são as idades dos irmãos/irmãs da(o) _____(nome da criança)? **(Circule se são anos ou meses.)**

_____anos_____meses
_____anos_____meses
_____anos_____meses
_____anos
_____anos
_____anos
_____anos
_____anos

_____anos _____

95. O (A)_____(nome da criança) vive junto com a mãe e o pai? _____

1) Sim, com ambos **(Pule para a pergunta 97.)**

2) Não

3) Não sei

96. Se não, com qual deles a criança vive? _____

□ Só a mãe □ Só o pai □ Nenhum dos dois.

97. Qual é a idade da mãe da criança? E do pai? (**Caso a criança não viva com os pais, ponha a idade do cuidador)**

Mãe_____anos
Pai_____anos

Outro cuidador_____anos

98. Quais as profissões do pai e da mãe da criança?

Pai: _____

Mãe:_____ _____

99. Até que série os pais da criança estudaram no colégio?

_____número de anos completados pelo pai □ Curso superior incompleto

□ Curso superior completo

(0) □ Não sabe ler, nem escrever

_____número de anos completados pela mãe □ Curso superior incompleto

□ Curso superior completo

(0) □ Não sabe ler, nem escrever

100. **(Caso o cuidador não seja a mãe e nem o pai da criança, pergunte esta questão:)**

Qual é a última série que você terminou na escola?

_____anos de escolaridade completos _____

101. Quantas pessoas moram na casa?

_____número de pessoas _____

102. Quem mora na casa? **(Anote o parentesco em relação à criança. Considere quem dorme e faz as refeições)**

Pai___Mãe____Filhos____Avós____Outros_____ (1) Sim (2) Não _____

103. Quantas peças usam para dormir?

_____(anote o n° de peças) _____

104. Tem água encanada? **(Leia as opções.)**

(1) Não (2) Sim, fora de casa (3)Sim, dentro de casa _____

105. Como é a privada da casa? **(Leia as opções.)**

(0) Não tem. (1) Casinha (2) Sanitário sem descarga (3)Sanitário com descarga _____

106. Na sua casa tem: **(para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos – (00) Não tem (Quantidade) se Sim, tem)**

Rádio_____ _____

Geladeira_____

Carro_____ _____

Aspirador de pó_____

Máquina de lavar roupa_____ _____

Vídeo cassete_____

TV a cores_____ _____

Banheiro_____

Freezer _____ _____

Empregada_____

107. **(Entrevistador: Anote o tipo de casa:)** _____

(1) Tijolo

(2) Madeira pré-fabricada _____

(3) Tijolo/Madeira

(4) Madeira _____

(5) Papelão/Lata

(6) Outros_____ **(especifique)** _____

108. Qual você diria que é a sua cor? E a cor de sua criança?

Responsável/cuidador	1) Negra	Criança: :	1) Negra
	2) Branca		2) Branca
	3) Amarela		3) Amarela _____
	4) Parda		4) Parda
	5) Indígena		5) Indígena

109. **(Entrevistador anota a cor da criança e do cuidador.)**

Cuidador /Responsável:	1) Negra	Criança:	1) Negra
	2) Branca		2) Branca
	3) Amarela		3) Amarela _____
	4) Parda		4) Parda
	5) Indígena		5) Indígena _____

110. Existe atualmente alguém desempregado vivendo com vocês?

□ Sim

□ Não **(Pule para a pergunta 112.)**

□ Não sei

111. Quem está desempregado?

(coloque os nomes e a relação familiar com a criança) _____

112. Você está: **(Leia as opções)**

1) Empregado em horário integral, com carteira assinada __

2) Empregado por meio turno, com carteira assinada

3) Fazendo biscates

4) Não está empregado

5) Dona de casa __

6) Na escola

7) Pensionista __

8) Encostado

9) Aposentado __

10) Outro (Especificar.): _____

113. Você é? **(Leia as opções.)**

1) Casado 2) Solteiro 3) Viúvo 4) Separado/divorciado 5) Ajuntado __

114. Esta é uma das últimas perguntas. No último mês, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? **(considere como renda individual: salários, pensões, etc - de todos que moram na casa)**

Pessoa n° 1 R$_____**(chefe da família, pessoa com maior renda)**

Pessoa n° 2 R$_____

Pessoa n° 3 R$_____ __

Pessoa n° 4 R$_____

Pessoa n° 5 R$_____ __

Pessoa n° 6 R$_____

(9999) Ignorado __

115. E o chefe da família, a pessoa que tem a maior renda? Até que série estudou?

(0) Não sabe ler, nem escrever __

_____n° de séries

1) Curso superior incompleto __

2) Curso superior completo

116. No último mês, quanto você ganhou?

R$_____ __

117. A família tem outra fonte de renda? Quanto ganha com esta renda?

Outra renda 1 R$_____ __

Outra renda 2 R$_____ (00) caso não tenha outra fonte (9999) Ignorado

118. **(Pese e anote o peso da criança – aguarde a visita do coordenador de campo)** __

_____gramas

(Agora, para finalizar vá para o questionário de SATISFAÇÃO, na página seguinte.....)

QUESTIONÁRIO SOBRE SATISFAÇÃO

Agora, para finalizar, faremos 13 perguntas relacionadas à última consulta realizada com sua criança no _____(nome do local – o mesmo das perguntas anteriores). Para respondê-las use este cartão. Aponte para a "Carinha" que melhor expressa sua opinião sobre os seguintes itens. **(Marque a letra correspondente para cada "Carinha". Entre parênteses estão frases para facilitar o entendimento do entrevistado. Caso ele(a) não entenda a primeira frase, leia a frase entre parênteses.)**

1) **Sua opinião sobre: Facilidade de acesso à consulta.**

   (é fácil marcar ou conseguir consultas?)

"Carinha": A B C D E

2) **Sua opinião sobre: Tempo dispendido na sala de espera.**

   (o que você acha do tempo que tem de esperar para consultar?)

"Carinha": A B C D E

3) **Sua opinião sobre: Cordialidade por parte da recepção.**

   (o pessoal da recepção é cordial, educado, simpático?)

"Carinha": A B C D E

4) **Sua opinião sobre: Cordialidade do profissional.**

   (o médico/enfermeira é cordial, educado(a), simpático(a))

"Carinha": A B C D E

5) **Sua opinião sobre: Atenção dada às queixas.**

   (o médico/enfermeira ouve com atenção o motivo da consulta, suas queixas)

"Carinha": A B C D E

6) **Sua opinião sobre: Impressão do exame clínico.**

   (qual sua opinião sobre o jeito como o médico/enfermeira examina sua criança?)

"Carinha": A B C D E

7) **Sua opinião sobre: Confiança despertada pelo médico.**

   (você confia no médico/enfermeira?)

"Carinha": A B C D E

8) **Sua opinião sobre: Confiança na receita.**

(você confia na receita dada pelo médico/enfermeira?)

"Carinha": A B C D E

9) Sua opinião sobre: Explicações do médico com respeito à doença.

(as explicações sobre o motivo da consulta, sobre o problema, que o médico/enfermeira lhe dá na consulta?)

"Carinha": A B C D E

10) Sua opinião sobre: Explicações quanto ao prognóstico.

(explicações do médico/enfermeira sobre a duração, a evolução e as conseqüências da doença ou problema)

"Carinha": A B C D E

11) Sua opinião sobre: Satisfação com o agendamento.

(agendamento = forma de marcação de consultas)

"Carinha": A B C D E

12) Sua opinião sobre: Avaliação geral da consulta.

(opinião geral sobre a consulta como um todo)

"Carinha": A B C D E

13) O que você sugere para melhorar o atendimento?

(Anote a resposta usando as palavras do entrevistado):

Bom, muito obrigado em responder nossas perguntas. Temos certeza que isto irá contribuir para melhorar o atendimento que sua criança recebe.

Se você tem qualquer dúvida sobre nossa pesquisa, basta entrar em contato com o nosso coordenador.

Ele estará satisfeito em falar com você a qualquer momento. Além disso, se você quiser uma cópia do estudo quando estiver terminado, por favor, diga-me.

A pessoa responsável pelo estudo é: Dr. Erno Harzheim.

O telefone do Escritório da Pesquisa é: 9178 3590.

ANOTAÇÕES RELEVANTES:

Apéndice 4. Cartones de respuesta utilizados.

CARTÃO DE RESPOSTAS

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

CARTÃO DE RESPOSTAS

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

CARTÃO DE RESPOSTAS

Figura 1

Ícones empregados na série 1.

Apéndice 5. Manual para los encuestadores.

Universidad de Alicante, Espanha
Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Centro de Saúde Escola Murialdo
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

PROJETO

Avaliação da atenção à saúde infantil do *Programa de Saúde da Família* no município de Porto Alegre: a relação entre as características da atenção e sua efetividade sobre as iniqüidades em saúde.

MANUAL DE INSTRUÇÕES

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Caro colaborador,
Este é o manual de campo da pesquisa “Avaliação da atenção à saúde infantil no *Programa de Saúde da Família* do município de Porto Alegre: a relação entre as características da atenção e sua efetividade sobre as iniqüidades em saúde”. Com sua ajuda estamos contribuindo para melhorar a atenção à saúde das crianças de nossa cidade. Uma pesquisa desse porte deve ter algumas regras bem definidas para que seus resultados consigam refletir a realidade da saúde nas comunidades entrevistadas. Este manual é um apoio neste sentido. Esperamos que aqui você possa encontrar a solução para as dúvidas mais comuns ao longo do seu trabalho de campo. Caso alguma dificuldade inesperada surja durante seu trabalho, não pense duas vezes: entre em contato conosco.
Erno, fone: 9178 3590.

Ainda em casa....
Cada entrevistador deverá ter todo material necessário para a realização das entrevistas. Confira na lista abaixo se não lhe falta nada:

- crachá;
- carteira de identidade;
- lápis, borracha, apontador, caneta, prancheta e pasta;
- camiseta de identificação;
- questionários;
- manual de instruções;
- Cartões Resposta;
- pasta da pesquisa.

Não esqueça de vestir uma roupa confortável. Não use roupas curtas, nem justas. Vista-se de maneira recatada. Não use roupas de marcas, nem tênis/botas de grife. Não leve dinheiro em excesso. Não use jóias.

Etapas do trabalho de campo

1. **PONTUALIDADE NA CHEGADA AO LOCAL DE ENCONTRO;**

2. **TRANSLADO ATÉ O LOCAL DO TRABALHO:**
   Aproveite o passeio, relaxe!! A partir da chegada na comunidade a concentração deve ser total nas tarefas a realizar.

3. **RECONHECIMENTO DA ÁREA:**
   O(s) coordenador(es) de campo, junto com um agente comunitário ou morador do local, vão lhe passar informações importantes sobre a área a ser visitada. Preste atenção nos locais considerados mais perigosos, nas indicações sobre a localização de becos e ruas, no ponto e horário de encontro final.

   Atenção!!! Nunca se afaste dos subgrupos de trabalho!!!!

4. **ESCOLHA DAS CASAS A VISITAR**

   Siga as orientações do coordenador de campo.

   Caso não haja ninguém na casa escolhida, informe-se com um vizinho se existem moradores e se entre eles há pelo menos uma criança com menos de 2 anos. Se residem crianças com menos de 2 anos, mas no momento não há ninguém na casa, anote o endereço no questionário para nova visita no futuro, além de perguntar ao vizinho se ele

sabe o horário mais fácil de encontrar as pessoas em casa. Cada casa sorteada será visitada no máximo 3 vezes em horários e dias distintos.

Visite as casas distribuídas pelo coordenador de campo. Localize as crianças previamente escolhidas. **Pergunte se a criança escolhida vive nesta comunidade desde o nascimento.** Se sim:

APRESENTE-SE E INICIE O QUESTIONÁRIO.

Caso tenha algum problema na identificação da casa ou na localização da criança pré-selecionada, chame o coordenador de campo. Da mesma maneira, caso a criança não tenha nascido na área da pesquisa, não inicie o questionário e chame o coordenador de campo.

5. APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Informe que você é estudante da universidade e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA SOBRE A SAÚDE DAS CRIANÇAS E O ATENDIMENTO QUE ELAS RECEBEM.

Reforce que você **NÃO** pertence ao posto de saúde da comunidade. Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas , como as positivas.

Reforce a IMPORTÂNCIA do estudo para todas as crianças da comunidade.

Diga que esta família foi escolhida por sorteio e que sua colaboração é muito importante para ajudar na pesquisa.

Diga que a entrevista vai durar mais ou menos 30 minutos.

Mostre seu crachá.

Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa para as crianças da comunidade. Se houver recusa inicial, combine um horário mais adequado para o entrevistado. Anote o endereço e o horário da nova visita. Qualquer PROBLEMA chame o COORDENADOR de campo.

6. INSTRUÇÕES GERAIS

Não vá entrando no terreno/casa do entrevistado, caso não tenha sido convidado.

Bata palmas ou use a campainha.

Seja simpático desde o início. É despertando o interesse inicial do entrevistado que você conseguirá realizar uma entrevista tranqüila.

Caso você seja convidado a entrar na casa para realizar a entrevista, aceite desde que não perceba uma situação de risco (morador embriagado, etc.).

Caso a pessoa esteja trabalhando em casa (ex: lavando roupa), ofereça-se para fazer as perguntas enquanto ele(a) trabalha.

Se lhe oferecerem um cafezinho, aceite-o.

Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome.

Seja simpático. O questionário é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade.
Para adultos use sempre a expressão Sr. ou Sra..

Formule as perguntas exatamente como estão escritas. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar a pergunta. Não induza as respostas. Tranqüilidade é a chave do sucesso!!

Sempre mostre o Cartão de Respostas adequado. Quando indicado, leia as alternativas.

Quando houver dúvidas sobre a resposta, escreva por extenso para posterior discussão com o coordenador.

Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita a pergunta de maneira mais enfática.

Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: “2 ou 3 vezes”), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se não souber, marque o valor inferior.

Se houver dúvida entre marcar “sim” (sempre) ou “não” (nunca), marque “não” (nunca). Mas, antes, repita a pergunta.

Se a resposta do entrevistado for “sim”, mas ele tem que escolher a resposta entre as alternativas “Sempre/Muitas vezes/....” ou “Com certeza, sim/Acho que sim/.....”, leia apenas as respostas afirmativas. Se, por outro lado, a resposta for “não”, leia apenas as opções negativas: “Poucas vezes/Nunca” ou “Acho que não/Com certeza Não”.

Marque a resposta à caneta, circulando o quadradinho e o número (ou palavra) correspondente. Caso surjam erros, aponte com uma seta e escreva “Resposta correta”. Ex:

1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

Escreva sempre com letra de forma.

Não deixe perguntas em branco.
Caso o entrevistado não saiba uma resposta que exige um número para ser respondida (ex: a idade), não deixe em branco, preencha com 9999.
Não leia para os entrevistados o título de cada sessão do questionário.

Não leia para os entrevistados o que está entre parênteses no questionário.

Considerar como membro da família todas as pessoas que fazem as refeições juntas. Se houver empregadas domésticas na casa, não contar como família.
Explique o que é SERVIÇO DE SAÚDE: “serviço de saúde é o local onde você leva sua criança quando ela está doente, por exemplo: um posto de saúde, uma emergência de hospital, um consultório médico, entre outros.”

Não esqueça os Cartões de Resposta na casa dos entrevistados!!

Ao terminar o questionário, ainda na casa do entrevistado, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhuma pergunta foi esquecida.

7. QUESTIONÁRIO

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

- Não preencha o campo “Número do caso”.

- Nome do entrevistador:
Preencha com o nome de quem realiza a entrevista. Quando estiverem trabalhando em duplas, preencher com ambos os nomes.

- Hora do início e final da entrevista:
Preencher com horário de 24 horas, por exemplo: 13:23.

- Data da aplicação do questionário
Preencher com o dia, mês e ano (4 dígitos).

INTRODUÇÃO e QUESTÕES DE RASTREAMENTO

Se você está numa área de PSF, inicie o questionário no ponto: **“Para o PSF, o quest. começa aqui”.** Responda a 1ª pergunta e siga as instruções entre parênteses.

Se você está numa área de “Vazio”, inicie o questionário na pergunta I1.

I1- Você tem alguma criança de 0 a 02 anos que viva nesta casa?
Anote a resposta e siga as instruções entre parênteses.

I2- Para poupar tempo, falaremos apenas de uma das crianças. Você pode, por favor, dizer-me os nomes e as datas de nascimento de todas as crianças de 0 a 2 anos?

Faça a seleção da criança, conforme explicado no questionário e no apartado **4** deste Manual. Anote o nome da criança selecionada, sua idade e data de nascimento.

I3- Você é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde do (a)_____ (nome da criança)?
Esta pergunta identifica o(a) cuidador(a) principal da criança selecionada.
Anote o nome da pessoa identificada como cuidador principal.
Ao aplicar o questionário sempre tente substituir **“sua criança/nome da criança”** pelo **NOME** da criança selecionada.

I4- Este momento é apropriado para conversarmos?
Siga as instruções entre parênteses.

Caso o cuidador principal não esteja disponível anote o horário mais apropriado e o telefone, se possível.
CONSENTIMENTO

Leia o consentimento e peça para o cuidador principal assiná-lo. Caso o cuidador principal não saiba escrever, leia o termo junto de uma testemunha que saiba escrever e peça para que esta pessoa assine no local indicado.

I5- Qual é seu parentesco com o(a)_____(nome da criança)?
Marque o parentesco adequado.

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. **Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você <u>COSTUMA</u> levar o(a)_____(nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando necessita algum conselho sobre a saúde dele(a)?**

Enfatize a palavra sublinhada.
Anote SIM ou NÃO.
Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde.

2. **Existe um serviço de saúde onde <u>CONHECEM BASTANTE BEM</u> a sua criança?**

Enfatize as palavras sublinhadas.
Anote SIM ou NÃO.
Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta **1.**

3. **Existe um médico/enfermeira que você <u>CONSIDERA O PROFISSIONAL MAIS RESPONSÁVEL</u> pelo atendimento de sua criança?**

Enfatize as palavras sublinhadas.
Anote SIM ou NÃO.
Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta **1 e 2.**

Após estas 3 perguntas você deve saber identificar o serviço de saúde/profissional que será enfocado ao longo de todo o questionário. Siga as instruções de identificação contidas no questionário.

4. **(Para o ENTREVISTADOR: conforme as respostas das perguntas 1,2 e 3 defina que tipo de serviço de saúde é este identificado? Se necessário, faça mais perguntas para identificá-lo.)**

Marque a resposta que melhor caracterize o local identificado.

5. **Então para deixar claro, quando sua criança precisa consultar você procura:**

"CONSULTAR" corresponde ao encontro individualizado do cuidador+criança com o médico ou enfermeira dentro do consultório.
Defina se a pessoa procura um profissional específico (médico ou enfermeira) ou um serviço de saúde. A partir desta questão, todas as perguntas vão referir-se a este local/profissional. Substitua sempre "NOME DO LOCAL" pelo nome do serviço especificado (por exemplo "postinho da vila") e substitua sempre "MÉDICO/ENFERMEIRA" por "Dr.nome do médico" ou "Enfª nome da enfermeira".

6. **O seu (médico/enfermeira) atende:**

Leia as alternativas e marque a resposta indicada.

7. **O seu (médico/enfermeira) atende principalmente crianças com (ler as alternativas):**

"Somente certos tipos de problemas" refere-se ao atendimento especializado de alguns tipos específicos de problemas de saúde, enquanto "A maioria dos tipos de problemas" refere-se a um ambulatório geral.

8. **Quantas vezes no total sua criança já esteve no(a) _____(nome do local)?_____**

Anote o número de vezes que a criança já esteve no local indicado.

9. Há quanto tempo sua criança vem sendo atendida no(a) _____(nome do local)?

Sempre substitua “sua criança” pelo nome da criança escolhida.

10. Você escolheu o(a) _____(nome do local) ou você consulta nele porque pertence à área deste _____(nome do local)?

Marque a resposta indicada.

11. Você leva sua criança no(a) _____(nome do local) por algum tipo de problema médico específico?

Problema médico específico refere-se a condições específicas de saúde, por exemplo: desnutrição, asma, problemas congênitos, retardo mental. Se necessário use exemplos. Caso a respota seja SIM, anote o tipo do problema.

UTILIZAÇÃO - PRIMEIRO CONTATO

Para as questões 12 a 27, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

15. Se sua criança necessita de um especialista, o (a) (médico/enfermeira) tem que providenciar o encaminhamento para você?

Caso a criança nunca tenha precisado de um especialista, marque “Não sei”.

16. Quando o(a) _____(nome do local) está aberto e sua criança fica doente, alguém deste _____(nome do local) a atende no mesmo dia?

Caso o entrevistado responda que deve chegar cedo para conseguir “ficha” para o mesmo dia, insista nas respostas do Cartão, salientando que número de vezes (sempre, muitas, poucas, nunca) ele chega cedo e consegue a “ficha”.

18. Quando o(a) (nome do local) está fechado aos sábados e domingos e sua criança fica doente, alguém deste (nome do local) a atende no mesmo dia?

Deseja-se saber sobre qualquer atendiemnto, inclusive o atendiomento do as gentes comunitários.

22. É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA no(a) _____(nome do local)?

Deseja-se saber sobre a consulta de puericultura. A consulta onde se mede e pesa a criança, para mantê-la saudável. Não é a consulta de retorno para reavaliação de um problema de saúde.

ATENÇÃO CONTINUADA

Para as questões 28 a 34, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para as questões 35 a 38, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para as questões 39 a 42, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para a questão 43, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

COORDENAÇÃO

Para as questões 44 a 47, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

Para as questões 52 a 59, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para as perguntas de **51** a **59**, caso a criança esteja em acompanhamento com o especialista, com retornos automáticos, todas as perguntas devem referir-se a primeira consulta com este especialista.

57. O (médico/enfermeira) de sua criança ficou sabendo como foi o resultado desta consulta?

Caso a criança ainda não tenha consultado no posto após a consulta com o especialista, marque **9** (Não sei).

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS NECESSÁRIOS)

60. Agora vou falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o _____(nome do local) tem estes serviços.
Saliente que esta pergunta não se refere especificamente à criança escolhida. Esta pergunta é sobre toda a experiência com o serviço de saúde que esta pessoa possui. Não necessariamente ela deve ter recebido estes serviços, mas sim saber ou não sobre sua disponibilidade. Estes serviços referem-se obrigatoriamente ao que é EXECUTADO no posto. Exemplo: avaliações visuais feitas através de encaminhamento a um oftalmologista que trabalha em outro local, NÃO são serviços disponíveis no posto em questão.

Para responder cada item use o Cartão de Respostas n° 1, com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

O item **"C"** inclui o Programa do Leite, já que este também é um programa social do governo.

O item **"J"** deve incluir os dois: aconselhamento e teste para HIV, caso contrário marque **9.**

SERVIÇOS RECEBIDOS

61. Vou te falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu (médico/enfermeira), algum destes assuntos foram conversados com você?
A cada item acrescente antes "O seu (médico/enfermeira) conversou com você sobre ....."
Para as respostas, use o Cartão de Respostas n°2, com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Para as questões 62 a 63, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Para as questões 64 a 66, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

COMPETÊNCIA CULTURAL

Para as questões 67 a 68, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

QUESTÕES SOBRE SEGURO-SAÚDE

69. Por quanto tempo durante os últimos 12 meses a sua criança esteve coberta por algum tipo de plano de saúde privado ou empresarial?
Anote a resposta que mais se aproxima às alternativas. Se necessário leia as alternativas ao entrevistado(a).

70. Durante os últimos 12 meses, você pagou por algum atendimento de saúde de sua criança? (caso 69=4, 3 ou 2, este pagamento se refere a um pagamento além do plano, por exemplo "cotas por consulta").
Anote o número de vezes que o cuidador pagou por consultas da criança.

71. Se 70=sim, você teve dificuldades para pagar por este(s) atendimento(s)?
Caso a resposta da 70 seja sim, faça a pergunta 71 anotando a resposta indicada.

AVALIAÇÃO DE SAÚDE

72. Você diria que a saúde de sua criança é: (ler as opções, mostrando as "Carinhas" e relacionando cada "carinha" com uma resposta:
A=Excelente; B=Muito Boa; C=Boa; D=Mais ou menos; E=Ruim.)
Para responder esta questão, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°3 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Figura 1

Ícones empregados na série 1.

Comparar "Excelente" com a figura "A" e assim sucessiva e respectivamente, salientando para o cuidador que o objetivo da pergunta é obter uma qualificação da saúde da criança.

73. A sua criança tem ou teve algum problema físico, mental ou de comportamento que durou ou é provável que vá durar mais de um ano?
Refere-se a uma doença crônica que acomete a criança escolhida. Caso o cuidador não compreenda, exemplifique falando de uma criança que teve problema de asma por mais de um ano.

74. A (o)_____(nome da criança) faz uso no momento de alguma medicação todos os dias?(inclui sulfato ferroso e vitaminas)
O objetivo desta pergunta é saber sobre o uso habitual de alguma medicação por parte da criança. Caso o cuidador possa mostra-la, preencha todos os itens. Caso não possa, anote a resposta principal (Sim ou Não), o nome da medicação e a dosagem usada.

75. Quando foi a última consulta da(o)_____(nome da criança) no (nome do local)?
Espere por uma resposta espontânea. Caso o entrevistado não se lembre, leia as alternativas.

76. Qual foi o motivo desta consulta?_____
Anote usando as palavras do entrevistado.

77. Durante os últimos 12 meses, a(o)_____(nome da criança) foi internada no hospital alguma vez?
Deixe claro que a pergunta refere-se ao período que vai do dia da entrevista até 12 meses atrás (ex: “desde o mês de abril do ano passado”.)

78. Qual foi o motivo desta internação?_____
Anote usando as palavras do entrevistado.

79. O(A) _____(nome da criança) foi ou está sendo amamentado(a) exclusivamente no peito até que idade?_____meses
) Não foi amamentado. Por quê?
Deixe claro que amamentação exclusiva é **SÓ** o leite do peito. Caso a criança não tenha sido amamentada, anote a respsota da pergunta “Por quê?” usando as palavras do entrevistado.

80. Por quanto tempo sua criança recebe ou recebeu amamentação mista, isto é, leite materno junto com outros alimentos?
Deixe claro que amamentação mista é LEITE MATERNO + COMIDA (mamadeira, sucos, sopinhas, comida da casa, frutas)

81 e 82. (Anote o número de consultas e pule para a questão 83) / Quantas consultas de pré-natal foram realizadas na gestação de _____(nome da criança)?
O objetivo destas questões é saber o número total de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação da criança selecionada. Caso a mãe não seja a cuidadora principal, tente descobrir através do entrevistado ou diretamente da mãe a resposta a esta pergunta.

83. Você tem a carteira de vacinação do(a)_____(nome da criança)?
Caso o cuidador lhe mostre a Carteira de Vacinação, anote as datas de cada uma das vacinas no espaço correspondente. Caso não tenha a Carteira, preencha com **9999** em todos os campos referentes a vacinas e doses. O importante é o dado mais fidedigno e não a declaração do cuidador. Insista educadamente para que lhe mostrem a Carteira. Não é comum a inexistência desta Carteira junto à criança.

84. Dados de vacinação: em cada coluna da Carteira estão colocadas as datas em que as mesmas foram aplicadas. Anote cada uma das datas ao lado de cada uma das doses no quadro em anexo. Caso uma das doses (ou mais de uma) não tenha sido aplicada, preencha com 00/00/0000. Obs: a vacina do sarampo é dada aos 9 meses e aos 15 meses é administrada a MMR, normalmente aparecendo na mesma coluna. Qualquer dúvida chame o coordenador.
85. Gráfico de Crescimento: abra a carteira e veja se há anotação do peso no gráfico. Anote a data correspondente ao último peso anotado no Gráfico. Caso não haja nenhum peso anotado ponha **9999. Na pergunta seguinte anote o PESO DE NASCIMENTO da criança selecionada, verificado através da primeira página do CARTÃO DA CRIANÇA.**
86. Teste do pezinho: muitas vezes o resultado do Teste do Pezinho é anotado junto as vacinas. Procure pelo carimbo (está escrito Teste do Pezinho ou TSH/Fenilcetonúria). Caso encontre anote a data de sua realização. Caso não esteja anotado na Carteira, pergunte ao cuidador se tem este exame em outro documento, peça para vê-lo e anote a data de realização.

87. O(a)_____(nome da criança) usou sulfato ferroso durante o primeiro ano de vida?

Anote a resposta (Sim ou Não), o tempo de uso e o número de gotas. Caso o cuidador não lembre o tempo ou a dosagem, anote 9999, em ambos os campos.

88. O(A)_____(nome da criança) usou vitamina A+D (Aderogil, Aderovit, Vitaped,.....)durante o primeiro ano de vida?

Anote a resposta (Sim ou Não) e o tempo de uso. Caso o cuidador não lembre o tempo anote 9999.

89. Nos últimos 3 meses, o(a)_____(nome da criança) teve algum episódio de diarréia?
O objetivo desta pergunta, se afirmativa, é descobrir se foi usado soro caseiro, soro de reidratação oral ou água de arroz (não confunda água de arroz com canja ou sopa). Entretanto, deixe a pergunta aberta, não cite estas alternativas e anote a resposta usando as palavras do entrevistado.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS

90. Qual é o seu endereço?

Anote o endereço completo. Reafirme que estes dados não serão divulgados.

91. Há quanto tempo vocês moram nesta comunidade?

Coloque a resposta em meses ou anos (use um número fracionado no campo referente aos anos, caso não seja um número inteiro – ex: 2,5 anos)

92. (Anote se a criança é:)

Anote o sexo da criança.

93. Quantos irmãos/irmãs a sua criança têm?

Anote o número de irmãos/irmãs vivos que a criança escolhida têm.

94. Quais são as idades dos irmãos/irmãs da(o)_____(nome da criança)? (Circule se são meses ou anos.)
Preencha a idade de cada irmão, circulando nos 3 primeiros se a idade se refere a meses ou anos. Exemplo:

_____anos_____meses

_____anos_____meses
_____anos_____meses
_____anos
_____anos

95. O (A)_____(nome da criança) vive junto com a mãe e o pai?
Deseja-se saber se a criança vive com ambos os pais, vive somente com a mão, somente com o pai ou afastada de ambos. É complementada pela pergunta **96 (Se não, com qual deles a criança vive?).**

97. Qual é a idade da mãe da criança? E do pai? (Caso a criança não viva com os pais, ponha também a idade do cuidador)
Preencha com a idade de cada um dos pais e cuidador se necessário. Caso não se saiba alguma das idades, preencha com **9999.**

98. Quais as profissões do pai e da mãe da criança?
Preencha usando as palavras do entrevistado.

99. Até que série os pais da criança estudaram no colégio?
Preencha com o número de série completadas por cada um dos pais. Some todos os anos. Para segundo grau completo, some 8 + 3 = 11. Caso um deles (ou ambos) não tenha estudado preencha com **0**, caso não saiba ponha **9999**.

100. (Caso o cuidador não seja a mãe e nem o pai da criança, pergunte esta questão:) Qual é a última série que você terminou na escola?

Anote a última série completada pelo cuidador. Use a mesma maneira de responder explicada na questão acima.

101. Quantas pessoas moram na casa?

Preencha com o número de pessoas que vivem na casa. Para esta resposta considere viver na casa o fato de compartir as principais refeições. Empregados (ex:doméstica)não são contabilizados.

102. Quem mora na casa? (Anote o parentesco em relação a criança. Considere quem dorme e faz as refeições.)

Pai___Mãe____Filhos____Avós____Outros_____ (1) Não (2) Sim

Complete ao lado de cada opção com o número 1 quando a resposta for (não) e número 2 quando for (sim).

103. Quantas peças usam para dormir?

_____(anote o n° de peças)

104. Tem água encanada? (Leia as opções.)

(1) Não (2) Sim, fora de casa (3)Sim, dentro de casa

Marque a opção indicada pelo entrevistador.

105. Como é a privada da casa? (Leia as opções)

(0) Não tem. (1) Casinha (2) Sanitário sem descarga (3)Sanitário com descarga

Marque a opção indicada pelo entrevistado.

106. Na sua casa tem: (para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos – (00) Não tem (Quantidade) se Sim, tem)

Rádio_____

Geladeira_____

Carro_____

Aspirador de pó_____

Máquina de lavar roupa_____

Vídeo cassete_____

TV a cores_____

Banheiro_____

Freezer _____

Empregada_____

Se o entrevistado confirma a existência de um destes artigos, pergunte se está funcionando e o número de cada um, anotando a quantidade de cada um junto ao referido artigo.

107. (Entrevistador: Anote o tipo de casa:)

(1) Tijolo
(2) Madeira pré-fabricada
(3) Tijolo/Madeira
(4) Madeira
(5) Papelão/Lata
(6) Outros_____ (especifique)

O item (4) Madeira refere-se a casa de madeira feita com pedaços irregulares de madeira, tipo “maloca”.

108. Qual você diria que é a sua cor? E a cor de sua criança?

O objetivo desta pergunta é saber qual a cor que o cuidador acreita ter e qual a cor que ele(a) acredita que a criança tenha. A resposta deve ser espontânea, sem a leitura das alternativas. Usaremos a classificação do IBGE:

Branca;

Preta;

Amarela (origem oriental);

Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça);

Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

109. (Entrevistador anota a cor da criança e do cuidador.)

Nesta pergunta você anota a cor que você acha que representa melhor a cor do cuidador e da criança. Usaremos a classificação do IBGE:

Branca;

Preta;

Amarela (origem oriental);

Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça);

Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

110. Existe atualmente alguém desempregado vivendo com vocês?

Dona de casa não é considerada desempregada.

111. Quem está desempregado?

Preencha com o nome e a relação familiar com a criança.

112. Você está: (Leia as opções)

Deseja-se saber a situação profissional do cuidador. Leia as respostas e anote a indicada.

113. Você é? (Leia as opções.)

Deseja-se saber o estado matrimonial do cuidador, não seu estado civil exato. Para tanto,leia as opções e anote a indicada.

114. Esta é uma das últimas perguntas. . No último mês, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? **(considere como renda individual: salários, pensões, etc - de todos que moram na casa)**

Anote a renda individual de cada uma das pessoas da casa, iniciando pelo chefe de família, aquele que tem a maior renda. Preencha em reais (R$), não em salários mínimos.

115. E o chefe da família, a pessoa que tem a maior renda? Até que série estudou?

Anote o número de séries completadas pelo chefe da família. Se não estudou, marque a opção (0).

116. No último mês, quanto você ganhou?

Anote a renda individual do cuidador. Preencha em reais (R$), não em salários mínimos. Caso não tenha renda individual, preencha com **00**, caso não saiba ou não queira dizer preencha com **9999.**

117. A família tem outra fonte de renda? Quanto ganha com esta renda?

Anote o valor desta outra fointe de renda em R$. Caso não possuam marque 00. Cso não saibam marque 9999.

118. (Pese e anote o peso da criança – aguarde a visita do supervisor de campo)

Em algum momento de sua entrevista, o coordenador de campo se aproximará e pedirá para pesar a criança. Aproveite para descansar um pouco!!! Depois de pesada, anote o peso da criança em gramas no local indicado. Caso a criança não seja pesada preencha com **9999**.

Para o questionário sobre **SATISFAÇÃO** siga as instruções que constam no próprio questionário. Utilize o Cartão de Respostas n°3, o **Cartão das "Carinhas"**. Ao mostrar o **Cartão das Carinhas** explique para o entrevistado que ele deve escolher a **Carinha** que melhor representa/expressa a sua opinião.

Apéndice 6. Ejemplo de informativo distribuido a la comunidad previamente a la recogida de los datos.

“INFORMATIVO

Dia 1° de junho, das 10:00 às 15:30, um grupo formado por médicos de família e estudantes de Enfermagem e Medicina estará fazendo algumas entrevistas em sua comunidade. Estas entrevistas objetivam avaliar a saúde das crianças de 0 a 2 anos de sua comunidade. Colabore com o pessoal, pois eles estão trabalhando para conhecer melhor os serviços de saúde e o atendimento das crianças. Desta maneira, poderemos melhorar a saúde de todas as crianças.

Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre.”

Apéndice 7. Ítems excluidos a través de la evaluación conceptual del análisis factorial.

Items
12- ¿Cuándo su niño(a) necesita una revisión de salud, Ud. lo(a) lleva a su médico / enfermera antes de ir a cualquier otro servicio de salud?
13- ¿Cuándo su niño necesita vacunación, Ud. va al _____(nombre del local) antes de ir a cualquier otro local?
14- ¿Si surgiera un nuevo problema de salud en su niño, Ud. iría al_____(nombre del local) antes de ir a cualquier otro?
15- ¿Si su niño necesita de un especialista, el /la (médico / enfermera) tiene que providenciar la referencia para Ud.?
17- ¿El (nombre del local) está abierto a los sábados y domingos?
18- ¿Cuándo el (nombre del local) está cerrado a los sábados y domingos y su niño se pone enfermo, alguien de este (nombre del local) lo atiende el mismo día?
19- ¿El (nombre del local) está abierto hasta las 8 horas de la noche durante la semana?
20- ¿Cuándo el (nombre del local) está cerrado durante la noche y su niño se pone enfermo, algún profesional de este local lo atiende en esta misma noche?
23- ¿Si el (nombre del local) está cerrado, existe un teléfono que Ud. pueda ligar cuando su niño se pone enfermo?
24- ¿Cuándo su niño tiene que ir al (nombre del local), alguien tiene que dejar de ir a la escuela o al trabajo para llevarlo?
28- ¿Cuándo Ud. lleva su niño al (nombre del local), el es atendido por el / la *mismo(a)* (médico / enfermera)?
42- ¿En el (nombre del local) Ud. puede cambiar de (médico / enfermera) caso quiera?
44- ¿Si Ud. ha llevado su niño para consultar en otro lugar, Ud. lleva el boletín de consulta / la receta para el / la (médico / enfermera) del (nombre del local) evaluar?
45- ¿Si Ud. quisiera, podría leer / mirar la historia clínica de su niño?
46- ¿Cuándo Ud. lleva su niño en el (nombre del local), la historia clínica del niño es utilizada?
47- ¿El / la (médico / enfermera) le explica los resultado de las analíticas de su niño?
53- ¿El / la (médico / enfermera) de su niño había discutido con Ud. sobre varios servicios donde Ud. podría conseguir la cita con este médico especialista?
54- ¿El (médico / enfermera) da su niño o alguien que trabaja con el (ella) ha auxiliado a marcar la cita con el médico especialista?
55- ¿El / la (médico / enfermera) de su niño ha escrito un documento de referencia para el médico especialista sobre el motivo de esta cita?
6oa- ¿En el (nombre del local) hay orientaciones y esclarecimientos para tus dudas sobre la alimentación del niño?
60k- ¿Hacen evaluación para problemas auditivos? (excluido previamente al análisis factorial por bajo número de respondientes - 295)
66a- ¿Cómo su (nombre del local) conoce las opiniones e ideas de las personas para ayudar a mejorar la atención: Preguntan a las personas si son bien atendidas?
67- ¿Ud. recomendaría el / la (médico / enfermera) para un familiar o amigo que tuviese hijos?
68- ¿Ud. recomendaría el / la (médico / enfermera) para una persona que tiene el costumbre de utilizar hiervas y remedios caseros para cuidar de su propia salud?